

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de pesquisa e ensino da Cirurgia

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



VOL. LXX

São Paulo, Setembro, de 1955

N.º 3

Sumário:

	Pág.
La tactica quirurgica en el muñon apendicular — Dr. J. E. DEL CANTO Y ABALOS	181
Anatomia patologica — (Observaciones anatómicas) — Dr. José ENRIQUE MARQUEZ	189
Estado atual do problema do megacolon — Drs. VIRGILIO A. DE CARVALHO PINTO, ROBERTO DE VILHENA MORAES e Acadêmico PAULO ALTENFELDER SILVA	199
Vicios de coalescencia del peritoneo (Síndrome duodeno-colonico) — Drs. JOSÉ MARIA PELLIZA, NATALIO T. MORGILLO, ARMANDO A. GRATI, SOFIO CALISTI y colaboradores	203
Dois elementos de valor na cirurgia ano-retal. (A exposição do campo operatório pelo afastamento Helfrick-Ferraz e a anestesia de demora) — Drs. ADALBERTO LEITE FERRAZ e JOSÉ GONZAGA FERREIRA DE CARVALHO	217
Colecistododenostomias — Dr. CAETANO ZAMITTI MAMMANA	223

DECÍMO PRIMEIRO NÚMERO CONSAGRADO AO
II CONGRESSO DA SECCÃO BRASILEIRA DO
COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES



LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
½ página (9 x 12 cm.) por vez	800,00
¼ página (9 x 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 23 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7570 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Elegantol



seuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsivante

Na hiper-excitabilidade reflexa - Cárdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Cárdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLORIUM ELEGANS

Crataegus Oxilacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: | Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-3426 - São Paulo



Campolon

Possue integralmente, graças ao processo de fabricação (Método de Gänsslen), todos os princípios do fígado, inclusive 6γ de VITAMINA B₁₂ por cm³

que exerce uma rápida ação estimulante sobre os órgãos hematopoiéticos e sobre as células hepáticas. De ação segura na anemia perniciosa, anemias secundárias e **anemias palustres**, e além disto na asma brônquica, e intoxicação pelos raios X. Para ativação das células hepáticas antes e depois de narcoses prolongadas, nos tratamentos pelo arsênico ou pelo bismuto e em todos os casos em que a atividade hepática se encontre sobrecarregada.



A CHIMICA «*Bayer*» Ltda.

CAIXA POSTAL, 1906 - SÃO PAULO, BRASIL

Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,001 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

modo de usar:

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

BEGLUCIL

Vitamina B1 e Vitamina C
estabilizadas no soro de
Glicose a 50 % e Glicose a 25 %



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA





Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIIS
AFEÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América



CLÍNICA GERAL

Náuseas, vômitos, soluços

Insônias

Asma

Distonias neurovegetativas diversas:

distúrbios hepatovesiculares, colite espasmódica,
cardiespasmos, perturbações de origem tireoideana

Síndromes graves das doenças infecciosas

Algias rebeldes: dores cancerosas, reumáticas, zosterianas,
pós-operatórias e outras

Pruridos de origem interna: diabetes, icterícia,
intolerâncias alimentares

Eczemas pruriginosos



Frasco de 30 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg,
para injeções intramusculares profundas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm³ a 50 mg,
para injeções intravenosas

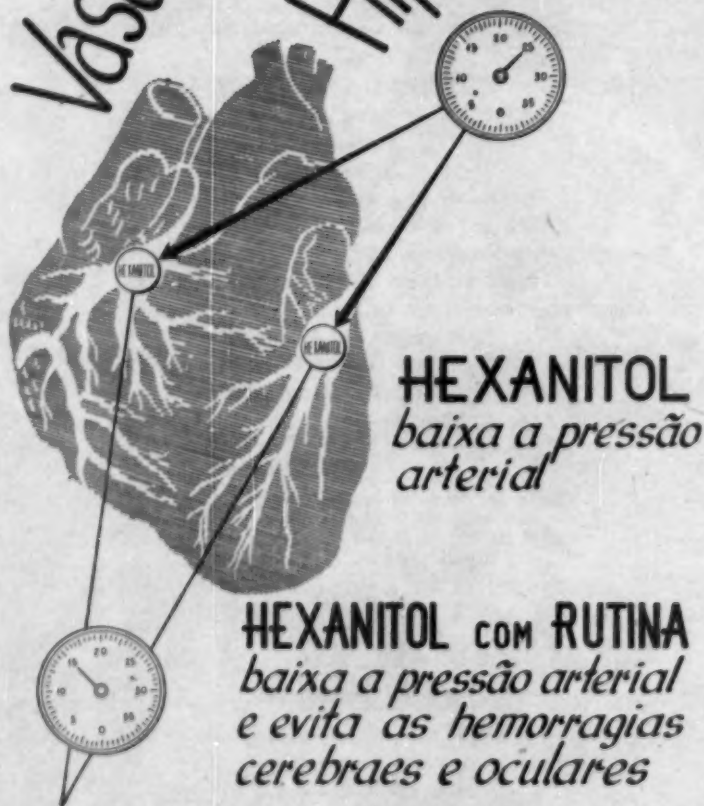


A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

Vaso-dilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitamínico β .

Reunir seus elementos racionalmente e forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermiculares*
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.

★

APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.
Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil

Associação estável e assimilável de ferro coloidal, cacodilatos alcalinos quimicamente puros e sulfato da estricina em meio isotônico especial.

HEMO CYTO-CORBIÈRE

ANEMIAS
POST-INFECIOSAS

ANEMIA
POST-HEMORRÁGICA
CONVALESCENÇAS

CYTO-CORBIÈRE

EMAGRECIMENTO
ADENOPATIAS

FRAQUEZA
PALUDISMO CRÔNICO

Injeções indolores, todos os dias ou todos os dois dias.
Caixas de 12 ampólas de 5 cm3 para adultos e de 3 cm3 para crianças.



Fabricado no Brasil com licença especial dos LABORATOIRES CORBIÈRE — Paris
Laboratórios Enila S/A. — Rua Riachuelo, 242. Rio de Janeiro. — Filiais: São Paulo,
Rua Marquês de Itú, 202. — Porto Alegre — Belo Horizonte. Agências ou Depósitos
em todos os Estados.



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção.

Ampolas — Comprimidos

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente eficaz nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 10ml, com cápsulas
com 5, 25 e 100

Comprimidos - tableta com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

*A classe médica tratava a pneumonia diplocócica
... ou a faringite, a sinusite e a otite média
estreptocócicas com numerosos fatores terapêuticos...*
**porém agora está à sua disposição
o melhor tratamento com...**

Doença	Sulfonamidas	Penicilina	Estreptomicina ou Diltio Estreptomicina	Aureomicina ou Terramicina	Chloramphenicol
Pneumonia diplocócica	B	A		B	B
Faringite (estreptocócica)	B	A		B	B
Sinusite (estreptocócica)	B	A		B	B
Otite média (estreptocócica)	B	A		B	B

A — Medicamento de escolha B — eficaz

a Penicilina, *é o antibiótico de escolha*
no tratamento da maioria das doenças infecciosas bacterianas mais comuns.

A Penicilina Oral três vezes ao dia... é fácil de ingerir, não interfere com as refeições e não interrompe o sono do paciente; economiza o tempo do médico e da enfermagem. Pelo esquema das doses de Keefer*, 200.000 unidades ou suas múltiplas, três vezes ao dia, a despesa da terapêutica com penicilina oral é inferior a 1/3 do preço de tratamento com os antibióticos mais modernos.

*KEEFER, C.S., POSTGRAD. MED. 9:101, Fev. de 1951

feito para administrar três vezes ao dia em doses adequados

Pentid

Comprimidos de 200.000 unidades de
Penicilina Squibb — Frascos de 12

SQUIBB

VACINBUC

Em dosagens eficientes :

**Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.**

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Escritório: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

RUBROMALT

*Extrato de malte
com as Vitaminas B₁₁, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*

+

INSTITUTO TERAPEUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

Metionina
Colina

B 12

Vit. K, Rutina
Alfa-tócoferol

Cholimetiol

Protege a célula hepática

LABORATÓRIOS ENILA S.A.



PRODUTOS DAVIS & GECK, Inc.

(Danbury — Conn. U. S. A.)

- * Ataduras e Gaze com Antibiótico de Aureomicina.
- * Catgut Simples e Cromado com e sem Agulha Atraumática.
- * Suturas de Algodão, Nylon e Sêda, em tubos e carretéis.
- * Suturas para Cirurgia Ocular, Plástica e Especialidade.
- * Sutura Metálicas com Agulha Atraumática em tubos, e sem Agulhas em carretéis.
- * Surgaloy Mash — Tela metálica de Aço Inoxidável
- * Tendões de Canguru.

PRODUTOS AMERICANOS

- * Desenex — Pó e Pomada, para tratamento das Dermatomicoses.
- * Lâminas e Cabos para Bisturi "Crescent".
- * Tubos Plásticos neutro "tycon" diversas bitolas.
- * Tubos e Fôlhas de Polyethylene.
- * Adaptadores para Tubo e Polyethylene.
- * Sondas para Urologia.

PRODUTO ALEMÃO

- * Agulhas para Suturas.

PRODUTOS DINAMARQUEZES

- * Termômetro Elétrico Universal "ellab" e seus Eletrodos, para a tomada da Temperatura do ser Humano e teste do Pirogênio.

PRODUTOS JAPONEZES

- * Aparelho de Pressão Arterial "ACOMA" o melhor entre os melhores, garantidos pelos fabricantes.
- * Seringas de vidro comum e de cristal, comuns e Intercambiável, bico central, excêntrico e Luer Lock. Seringa de cristal toda polida I. C. C.
- * Sondas Retais e Uretrais I. C. C.

PRODUTOS SUIÇOS

- * Catgut Simples e Cromado, Urgência com 1,50 mts. e Hospitalar com 2,50 mts.
- * Catgut Simples e Cromado com Agulha Atraumática — Reta e Curva.

O Catgut usado pelos melhores professores europeus



Agente Exclusivo para o Brasil

IMPORTADORA CHIORBOLI CIRURGICA LTDA.

Rua Aureliano Coutinho, 26 — São Paulo, Brasil

bricyl

Solução otológica à base de
dihidro-estreptomicina e feniltoloxamina



AÇÃO CONTRA OS GERMES
GRAM \ominus
CONTRA OS ESTAFILOCOCOS E
ESTREPTOCOCOS
FUNGICIDA ENÉRGICO
ANALGÉSICO PODEROSO

no tratamento das afecções
do ouvido externo e médio



BRISTOL-LABOR, S. A.

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

RUA JOÃO ALFREDO, 150

STO. AMARO - S. PAULO

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr \$ 200,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXX

SETEMBRO DE 1953

N.º 3

La tactica quirurgica en el muñon apendicular

Dr. J. E. DEL CANTO Y ABALOS

(Punta Arenas — Chile)

"El cirujano se forma en la mesa de operaciones, se perfecciona con el trabajo cotidiano, pero la habilidad manual artística, la adquiere como un don de la naturaleza".

INTRODUCCIÓN

Desde que se ejecuto la primera extirpacion del apendice vermicular, hasta la epoca presente, son y han sido, numerosos los procedimientos tecnicos que se han propuestos para tratar al muñon apendicular.

Nosotros en el Servicio de Cirujia del Hospital Regional de Punta Arenas CHILE, sin la pretencion de dar a conocer nada nuevo, a la vez que, sin ser sistematicos, ni ejecutores de una solo tecnica, porque desde hace tiempo venimos hablando de Tactica Quirurgica, vale decir, del como operamos, esto es, de acuerdo al estado de la anatomia patologica, a las condiciones de la biologia general, y al factor tiempo; es que consideramos digno de recomendar en base a una vasta experiencia de varios años, la ligadura del muñon sin invaginacion con mesoplastia.

DESCRIPCION DE LA TACTICA

El muñon apendicular puede tratarse de tres maneras diferentes a saber:

- 1 — Ligadura simple sin invaginacion.
- 2 — Ligadura con invaginacion.
- 3 — Invaginacion sin ligadura.

La ligadura simple del muñon apendicular deja libre una superficie cruenta que vulnera los principios de asepsia y de peritonizacion.

Los procedimientos del tallado de un manguito seroso o sero-muscular del apendice basal que se ranversa en sentido proximal, para realizar la exeresis apendicular, y que se le utiliza para cubrir el muñon apendicular, constituyen artificios de tecnica que por su minuciosidad y laboriosidad, quedan en pugna con la sensillez y rapidez que debe imperar en todo acto quirurgico.



FIG. 1

La ligadura con invaginacion, aunque logra el principio de la peritonizacion tiene el inconveniente de crear una cavidad cerrada. Aunque se haga la antisepsia del muñon, este procedimiento no esta exento de complicaciones.

La invaginacion sin ligadura, puede considerarse el procedimiento quirurgico perfecto e ideal, pero presenta en algunos casos el inconveniente de la presencia de una rama intra parietal de la arteria apendicular, que puede ligarse o hemostasiarse por aplastamiento con pinza de forcipresion, como ocurre en el metodo de las tres pinzas de Halstead.

La sutura invaginante puede ejecutarse de varias maneras; desde la circular corrediza (jareta) a la sutura en cruz, en diagonal, en ocho de cifra, etc, todas ellas son suficientes a condicion de ser ejecutada correctamente. A veces una doble Jareta asegura no solo la infundibulizacion del muñon sino que el cierre de la seccion apendicular.



FIG. 2

LIGADURA DELMUNON APENDICULAR CON MESOPLASTIA

Este procedimiento que practicamos frecuentemente consta de los siguientes tiempos: 1 — Liberacion del apendice de su meso previa ligadura de la arteria apendicular.

2 — Aplastamiento basal apendicular a ras del ciego con pinza Kocher. Sobre esta zona laminada colocanse dos amarras de hilo de algodón N.º 16, en la que un nudo mira hacia la base del meso apendice y el otro nudo queda en sentido diametralmente opuesto y a algunos milímetros debajo del otro nudo a manera de garantir el cierre del muñon apendicular.

Colocase una pinza tipo Kocher a escasos milímetros por cima de la amarra que mira hacia el meso, se secciona a bisturi entre esta pinza y el primer nudo con lo que se extirpa el apéndice vermicular, finalizando de esta manera el tiempo de la exeresis.

En general no asepsizamos el muñon, pero le hacemos la manobra "del sonarse" con gasa a fin de limpiarlo de la mucosa restante.



FIG. 3 — *Pancho apendicular.* (Observación clínica n.º 3).

Tomamos el extremo distal del meso apéndice con pinza y lo montamos sobre el muñon, con los chicotes del primer nudo amarramos hacia el borde libre del meso y con los chicotes del segundo nudo se hace la segunda amarra, de manera que el muñon queda totalmente cubierto, lograndose de esta manera la mesoplastia del muñon con lo cual se cumple el postulado de la peritonizacion. Esta mesoplastia recuerda a la cimera del casco.

Si el meso-apéndice fuera muy corto o demasiado pequeño y no se prestara para hacer la plastia, se recurre a un segundo artificio plastico y para ello se utiliza la membrana o repliegue ileo-cecal que denominamos MICA. Cuando utilizamos este repliegue tenemos presente que su utilizacion no produzca tirantamiento que desde

luego son siempre antiplastico ademas de las molestias funcionales que puede provocar en la desembocadura del ileon.

El tiempo septico de la apendicectomia lo constituye la exeresis apendicular, por consiguiente, la proteccion del campo operatorio mediante compresas evita la contaminacion de la cavidad y de las paredes del abdomen, luego el aislamiento ceco-apendicular, y si las condiciones anatomicas lo permiten, su exteriorizacion, constituyen una parte del rigorismo aseptico de este acto quirurgico.

Nosotros usamos para aislar el apendice un "poncho de gasa" que lo envuelve, lograndose impedir la contaminacion, que este organo puede provocar.

CONCLUSIONES

La Tactica Quirurgica a seguir mas recomendable en el tratamiento del muñon apendicular es: la ligadura sin invaginacion con mesoplastia, por las siguientes razones:

- 1.º No viola los principios de la cirugia abdominal.
- 2.º Es de ejecucion rapida, siendo a la vez, segura y eficaz.
- 3.º No predispone a las adherencias peritoneales post-operatorias.
- 4.º No presenta los inconvenientes de los otros procedimientos propuestos.
- 5.º La sencillez de ejecucion, la hacen facilmente practicable.
- 6.º Contribuye a simplificar la operacion en si.
- 7.º Ayuda a la apendicectomia ideal.

OBJECIONES

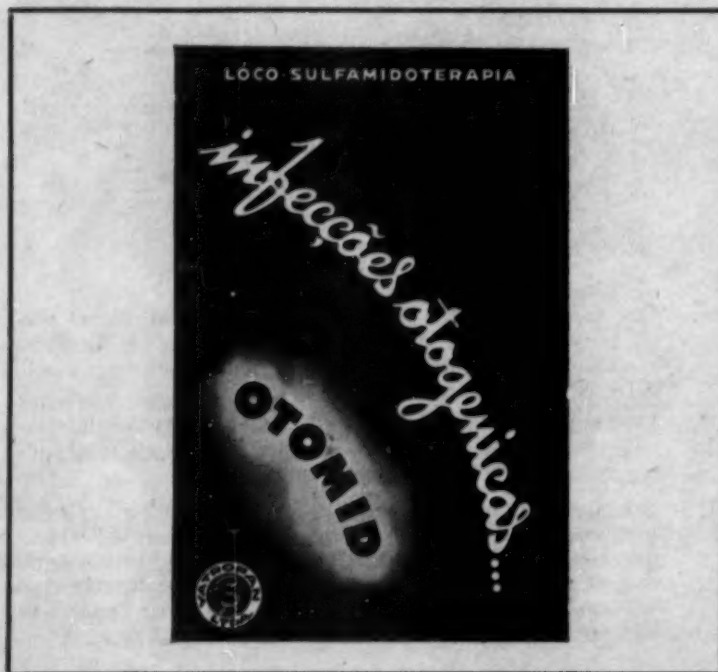
- I — Que se suelte o zafen las ligaduras del muñon; No es probable que la presion intra-cecal vaya a vencer las ligaduras correctamente ejecutadas, por otra parte el orificio apendicular es pequeño.
- II — Que entre las dos amarras del muñon pueda quedar una pequeña cavidad cerrada, esta presuncion se elude colocando las dos amarras superpuestas y paralelas.
- III — Que pueda producirse contaminacion en la plastia, esta es una posibilidad remota, pues la maniobra de sonar el muñon que tiene por objeto extraer mecanicamente mediante la mucosa que pueda quedar exuberante con su contenido, deja por otra las paredes apendiculares aplicadas, mas aun, puede antiseptizarse en caso de duda.

RESUMEN

Se detallan las ventajas prácticas que tiene la ligadura simple del muñon apendicular sin invaginación con mesoplastia, en la tactica quirurgica a seguir en este tiempo de la apendicectomia, por considerarsela suficientemente segura y de condiciones teoricas perfectas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Sobre la invaginacion del muñon apendicular.* MAINETTI. "Dia medico". Pág. 12. 1946.
- 2) *Tecnica de la Invaginacion del muñon apendicular.* BREA. "Semana Medica". Pág. 2005. 1934.
- 3) *Irrigacion del ciego y del apendice.* MARTINEZ. "Prensa Medica". Pág. 268. 1953.
- 4) *Sinopsis de Tecnica Quirurgica.* MORLEY. Págs. 332. 1941.
- 5) *Cirugia Operatoria.* HORSLEY y BIGGER. TOMO II. Pág. 1012. 1940.
- 6) *Repliegue Ileo-cecal de Treves.* BUZZONI-BORCOSQUE. "Dia Medico". Pág. 1339. 1946.
- 7) *Anuario Internacional de Cirugia General.* Pág. 472. 1943.
- 8) *Invaginacion del muñon apendicular.* ALTON OCHSNER. "Modern Medicine". Pág. 52. Vol. 10. Nov. 1942.
- 9) *Tecnica Quirurgica en las operaciones abdominales.* SPIVACK. Pág. 220. 1940.



VANTAGENS DO LEITE EM PÓ ACIDIFICADO

Pelargon

- Parcialmente pré digerido
- Estimula o fluxo da biliar
- Diminui o esforço do estômago reduzindo o "poder tampão" do leite, compensando a ação do fosfato de cálcio e da caseína
- Favorece o funcionamento normal do piloro
- Estimula a secreção do suco pancreático
- Favorece a absorção do cálcio
- Favorece a flora normal do intestino



- Digestão mais fácil.
- Permite administrar maior quantidade de leite sem causar distúrbios.
- Pode ser dado mais concentrado desde o início do aleitamento.
- Perfeita assimilação da gordura.
- Elevado índice de imunização.

Uma especialidade



NEURALGIAS
DORES de CABEÇA
CÓLICAS UTERINAS
DORES DO PÓS-OPERÓRIO

Nealgyl

CLORALOPIRINA
FENACETINA
CAFEINA

Tubos com 10 drágeas

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180
Caixa Postal 439



Anatomia patologica

(Observaciones anatómicas)

Dr. JOSÉ ENRIQUE MARQUEZ

(Jefe de Anatomia Patologica del Hospital de Niños)

Con el estudio de las alteraciones en el desarrollo y las consecutivas anomalías de fijación de las vísceras abdominales mediante el peritoneo, se abre un capítulo de patofisiología que se pone de actualidad en estos últimos tiempos y en el cual, corresponde al Dr. J. M. Pelliza, el mérito de haber llamado la atención, en nuestro medio pediátrico. Hasta entonces nunca se efectuó la observación sistemática de la disposición del peritoneo y sólo las más grosseras alteraciones de la disposición visceral, llamaban la atención del prosector.

Hecho el llamado de atención sobre el denominado cuadro de "vicios de coalescencia" se sistematizó su búsqueda mediante la inspección del abdomen una vez realizada la incisión mentopubiana y antes de la evisceración total, según el siguiente esquema:

- 1.º) *Inspección del estómago*, tamaño y relaciones con el resto de las vísceras, teniendo como objetivo fundamental, el ancho y disposición del meso gastrocólico. Aspecto y situación del píloro.
- 2.º) *Situación del duodeno*: sus relaciones con el segmento transverso del colon.
- 3.º) *Situación del colon* en toda su extensión y relaciones de vecindad en todo su trayecto. Medios de fijación, tamaño y calibre.

A efecto de simplificar los hechos observados, confirmamos que el colon transverso se situa generalmente por delante de la segunda porción del duodeno a la que generalmente se fija mediante un meso de aproximadamente un cm. de ancho. Pocas veces este meso es de menor amplitud. Excepto la hipertrofia del píloro que no es del caso comentar aquí, sólo una vez se observó la presencia de un engrosamiento anular de 0,5 cm de ancho en la porción limitante entre el píloro y la primera porción del duodeno, a cargo de la

serosa sin que se confirmara ninguna alteración del calibre de la luz del tubo intestinal, (desconocemos si lo producía funcionalmente) y que el examen histopatológico demostró tratarse de un simple engrosamiento del peritoneo, sin alteraciones cicatriciales o inflamatorias evidentes.

Frecuentes por el contrario son las alteraciones duodenales, tanto de tamaño como de situación; con relativa frecuencia (28) observamos dilatación del duodeno que traduce o certifica la posibilidad del alteraciones en el tránsito. En uno de los últimos casos observados, se comprobó por el contrario, disminución del calibre exterior del duodeno, primera porción, el que transcurría en una atmósfera ligamentaria, creada por espesamiento laxo del ligamento cistoduodenal cuya cortedad, dislocaba hacia arriba el trayecto de la primera porción. Llama la atención, que este ligamento no presentaba espesamiento ni bridas fibrosas, carecía de aspecto nacarado, como el que se observa en las adherencias consecutivas a procesos patológicos cicatriciales del tipo de las peritonitis plásticas o de las perivisceritis.

Estas dislocaciones del duodeno, acompañan, como es lógico suponer a las modificaciones en la disposición topográfica del estómago, al estado de vacuidad o repleción gaseosa del mismo. El calibre del duodeno estaría en relación directa, desde el punto de vista anatómico, con obstáculos en su calibre, que nunca hemos encontrado, sobretudo a nivel del ángulo de Treitz, que constituye a nuestro entender el marcapaso del tránsito intestinal alto. Descartada la obstrucción orgánica, o la atresia del intestino a ese nivel, dorsal (mesoduodeno) que elongado en su porción media, es muy corto en su porción caudal; de manera que la porción terminal del duodeno al quedar relativamente fijada a la pared abdominal posterior, favorece en cierto modo, los fenómenos de estasis. A tal efecto recordamos al músculo suspensor del duodeno (Treitz) que nace por arriba en el pilar izquierdo del diafragma y también en el conectivo que rodea al tronco celíaco para dirigirse hacia abajo y extenderse en forma de abanico para fijarse en el ángulo duodeno-yeyunal y el tercio superior o en la mitad superior del borde de la cuarta porción del duodeno. La observación ha demostrado que el calibre del duodeno se mantiene a ese nivel — ángulo de Treitz — y para ello hemos admitido que el calibre medio del mismo es, aproximadamente de 1 cm. Notamos al hacer la exploración táctil alcanza a percibir siempre la inflexura que organiza el mesoduodeno como un borde saliente. Aun en los duodenos más dilatados, este accidente anatómico resulta normal.

Podríamos resumir nuestras observaciones con respecto a la situación del colon con referencia a la pared duodenal de la siguiente manera. Aproximadamente un 30% de los casos, el colon transversal corre paralelo a la primera porción del duodeno, del cual puede ser separado en la mayoría de los casos, dejando un meso de no menos de un centímetro de ancho. Otras veces hemos obser-

vado, que el ligamento cistoduodenocolónico, es menos complaciente y entonces la separación de las porciones del intestino es la mas limitada. En estos casos ha sido ligeramente mayor la presencia del duodeno dilatado.

El ligamento cistoduodenocolónico está poco desarrollado: es delgado translúcido y termina en la porción primera del duodeno, o en el apiplón, constituyendo entonces el ligamento cistoduodenoepiploico.

Las relaciones entre el duodeno y el colon, surgen a nuestro entender de la posición ocupada por el colon en la cavidad abdominal. Para ello, se efectúa la inspección de la posición de las distintas porciones del intestino grueso. En la generalidad de los casos, el ciego ocupa la fosa ilíaca derecha, otras veces aproximadamente un 15% de los casos, se sitúa a la altura de cresta ilíaca; rara vez en la pelvis. La posición del ciego está asegurada, mas o menos, por la presencia del ligamento parietocólico, según este se haya desarrollado. Muchas veces lo hemos visto constituido por una delgada y translúcida membrana de hasta 3 cms de largo, lo que permite movilidad del ciego. Su base de implantación, se efectúa según los casos, desde la misma ampolla cecal, otras veces es más alto. El apéndice presenta toda la variedad de situaciones previstas y sobre esa particular nos eximimos realizar comentarios por la escasa o nula influencia que el mismo tiene en los casos que comentamos.

La presencia de bridas anómalas ha sido observada en una variable proporción. Las mismas, generalmente, atraviesan la pared anterior de la región iliocecal y la fijan fuertemente sobre el borde pelviano, preando como ya se sabe perfectamente, alteraciones en el tránsito intestinal, del cual tambien quedamos eximidos comentar. Mucha mayor importancia adquiere la situación alta de colon ascendente, reducido entonces a un breve trayecto, si tomamos en consideración su extensión por la posición anatómica que ocupa, aunque en realidad este límite debe considerarse como exacto cuando se encuentra el ligamento frenohepatocolónico, el que se pierde generalmente en la pared anterior del colon y peritoneo parietal.

A esta altura son numerosas y variables las anomalías de posición: trataremos de sintetizarlas de la mejor manera posible ya que resulta difícil resumirlas en unas pocas palabras.

Ocupando el ciego su posición en la F. I. D., el colon ascendente muestra alteraciones de posición transitorias o definitivas. Suponemos que así será cuando los medios de fijación no presentan laxitud, por el contrario, es lógico suponer que el colon del lactante, puede a medida que se produce el crecimiento de la cavidad abdominal, ocupar nuevas posiciones. Más adelante trataremos de explicar esta hipótesis.

El colon ascendente puede ser breve, o tambien aparentemente breve. A tal efecto tomamos en consideración la situación del

ligamento frenohepatocolónico, cuando existe, como ya hemos dicho anteriormente. De cualquier manera, el colon ascendente se fija mediante un meso que puede ser muy angosto o mas flexible, a la cara anterior del riñón derecho y al cuadrado lumbar. Si el meso es corto, generalmente, el colon ascendente adquiere una tenue inflexión hacia atrás para luego dirigirse hacia adelante, por debajo del hígado para alcanzar el plano abdominal anterior hasta situarse por delante del duodeno, al que cruza en la gran mayoría de los casos a la altura de la segunda porción en la forma que ya mencionáramos y situarse paralelamente a la curvatura mayor del estómago y alcanzar así la región esplénica, despues de haber dado la porción transversa.

En la porción ascendente y en la inicial del transverso es donde se han registrado las mas llamativas variaciones. Cuando el colon no se encuentra estrechamente fijado a la pared posterior, se compusa una primera etapa ascendente que llega hasta la cara inferior del hígado, fijado por el ligamento hepatocolico al que se suma el frenocólico que resulta tambien más o menos largo o de corta longitud. Una nueva inflexión descendente, en doble caño de escopeta se produce al ascender nuevamente formando un ansa de ángulo más o menos agudo, para hacerse anterior y transversal. Otras veces, a esta altura del colon, situado en un plano anterior, hace una flexura a nivel del bordo inferior del hígado y asciende nuevamente para ocupar su posición anterior. A pocos centímetros de esa angulación, ya en el transverso, se encuentra frecuentemente una modificación apreciable en el calibre del tubo colónico, delimitado por el esfínter de Cannon, siendo este calibre mayor en la porción del ascendente.

Como ya hemos dicho, el colon transverso pasa por delante de la segunda porción del duodeno, provisto de un meso con las características ya descriptas.

Para alcanzar la flexura esplénica, el colon sigue el trayecto de la curvadura mayor del estómago, con un meso de anchura variable. Cuando las ansas delgadas están dilatadas, cosa bastante frecuente en el lactante, y también el estómago la situación de los dos vísceras es íntima, bien que la mas leve tracción las separa facilmente. En una oportunidad observamos que el estómago se situaba anormalmente por delante del colon el que transcurría por debajo de la cara posterior del estómago, si bien fué posible separarlo con extremada facilidad para hacerle ocupar sua situación habitual. El ángulo lienocolónico, es de extensión variable y generalmente se el encuentra íntimamente adosado al hilio o polo esplénico mediante un ligamento de distinta longitud. Luego de describir un arco de círculo desciende en el flanco izquierdo al que se fija por intermedio de un meso tambien de amplitud variable. El ansa sigmoide es siempre amplia y describe una curvadura para penetrar en la pelvis. En el colon descendente y ansa sigmoidea es donde son menores los incidentes de situación y fijación.

Las alteraciones en los medios de fijación, o aun mismo las modificaciones en la dinámica, aerofagia, dificultades de evacuación del contenido gástrico, pueden actuar modificando las relaciones de las visceras entre sí, o bien favorecerlas y tambien crearlas. Este punto de vista surge de las modificaciones observadas en la disposición y tamaño de la vesícula biliar. Hemos comprobado alteraciones en la forma y disposición de la vesícula biliar en relación con el duodeno. La presencia de algunas bridas de distinta consistencia y espesor, ninguna de ellas de aspecto nacarado que traduciría la existencia de un proceso cicatricial plástico, deforma a la vesícula y puede deformar la primera y aún la segunda porción del duodeno. En uno de los casos recientemente observados, llamó la atención la existencia de una formación peritoneal tenue, que llamaríamos reforzamiento del ligamento cistoduodenal que por su extremada cortedad, llevaba a la primera porción del duodeno hacia arriba, fijandola contra la vesícula y cara inferior del hígado y provocando una angulación extremada de la luz intestinal hacia arriba. Estas conexiones son en general laxas, pero suficientes para alterar la regularidad anatómica da la vesícula que aparece deformada, flexionada, o extremadamente angulada y que generalmente se presenta distendida con contenido biliar espeso e intensamente pigmentado.

Otra alteración que hemos observado en una sola oportunidad, en el curso de mas de 5.500 autopsias, es el páncreas anular.

Para explicar estas alteraciones, es necesario tener en cuenta el desarrollo embriológico del intestino, sobre todo en su etapa de torsión a nivel de la arteria mesentérica, despues de lo cual, el crecimiento del intestino es inusitado razón por la cual, hace hernia en el cordón umbilical. El intestino grueso, por el contrario tiene crecimiento mucho más lento.

En el embrión de diez semanas, el crecimiento del abdomen parece ser suficiente para contener nuevamente al intestino, produciéndose entonces el retorno del mismo a su posición anatómicamente natural. En el retorno del intestino a la cavidad abdominal, pasa primero el duodeno que ocupa una posición transversal debido a la presión que hace abajo el estómago y al sostén que le ofrece el mesenterio ventral y la vesícula biliar. Las ansas delgadas que vuelven, pasan por detrás de la arteria mesentérica, llenando el espacio disponible de la parte izquierda del abdomen y empujan tambien hacia la izquierda al colon aun herniado. El intestino grueso es el último en dejar el cordón umbilical y volver al abdomen debido probablemente al abultamiento ciego. Colocado en la vecindad de la cresta ilíaca se fija definitivamente en su posición. El hígado, a medida que crece la cavidad abdominal, disminuye "relativamente" el espacio que ocupa, es decir para ser más grafico, se "retira" en posición cefálica (AREY) lo que favorece la expansión del ascendente, produciéndose una flexura hepática en la porción del colon que le está próxima y que originariamente era oblicuo,

flexión que se hace cada vez más aguda y dermarca progresivamente la porción ascendente de la transversa.

A nuestro entender, este fenómeno de "ascenso" del hígado tiene su importancia y de él dependería en primer lugar las alteraciones y flexiones que hemos observado en la porción *hepática* del colon. Para ello suponemos que el abdomen del niño, del lactente especialmente, debe crecer proporcionalmente unas diez veces más. Nuestras mediciones muestran cifras que oscilan entre 62 centímetros y 85 cms, para distintos niños a las mismas edades, todos menores



FIG. 1 -- *Relacion duodeno-colonica normal.*

de 18 meses. Suponemos que, comparativamente con el adulto, el colon crece mientras tanto, menos que la cavidad abdominal, como si formara una "reserva" en previsión de un crecimiento menos lento para un continente que crece mas rapidamente y que no podría alcanzar o seguir. La cavidad abdominal, es fácil probarlo no solamente creceu sentido longitudinal sino que tambien lo hace en sentido transversal, vale decir en ancho. Esta hipótesis explicaría la presencia de las inflexiones observadas en el colon ascendente y en el transverso. Quizás pudiera ser tambien satisfactoria para explicar aunque en parte el mecanismo de los vicios de coalescencia observados. Suponemos que durante la coalescencia de las hojas

peritoneales, la posición anómala de un ansa intestinal, delgada o gruesa, puede ser alcanzada por la soldadura y en consecuencia quedar fijado en una posición patológica.

Una prueba de ello sería la situación sobre la cara posterior gástrica del colon transverso. Cuando se produce una torsión invertida del colon, después de entrar al abdomen, hace que el colon transverso, pase por detrás del duodeno sin que se presente ninguna otra alteración relativa de posición.

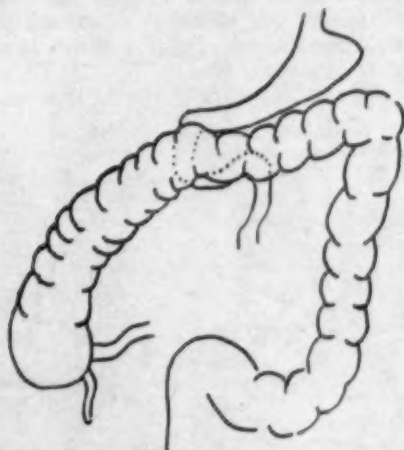


Fig. 2 — Síndrome duodeno-colónico. — Coalescencia anómala duodeno-colónica. Ciego bajo — Ausencia del ligamento freno-cólico derecho. Obstrucción anatómica y funcional del duodeno y del colon, con el estómago distendido.

Durante el desarrollo del mesenterio, cuando se produce la vuelta del intestino, ahora muy retorcido, al abdomen, la rotación característica que había empezado ya en el momento de la herniación dentro del cordón, queda terminada. Debe recordarse que en ese proceso, el extremo cecal del colon es llevado hacia la derecha por lo que el futuro colon transverso cruza ventralmente el duodeno y el intestino delgado es caudal y situado a la izquierda del colon ascendente primitivo. Antes de la mitad del IV mes, todo el intestino se mueve libremente en el campo de su mesenterio en rotación, mientras éste conserva todavía su primitiva línea de origen a lo largo de la pared medio dorsal, organizándose las fusiones secundarias que fijan ciertas porciones del intestino primitivo y como consecuencia producen nuevos haces de unión, y que aparentemente se vinculan con la posición erecta desde que caracteriza especialmente a los antropoides superiores y al hombre (AREY).

En resumen: la investigación sistematizada de las vísceras abdominales de los lactantes fallecidos por distintas afecciones per-

mite observar alteraciones de disposición y tamaño de diversas porciones del intestino delgado y grueso. En primer lugar se ha comprobado dilatación del duodeno, cuya morfología clásicamente descripta queda profundamente modificada. Si bien, no se han encontrado alteraciones en el calibre de la porción terminal del duodeno, a nivel del ángulo de Treitz, es necesario tener en cuenta como hecho fundamental la disposición del mesenterio dorsal (mesoduodeno) que elongado en su porción media, es muy corto en su porción caudal, de manera que la su movilidad ante el tironeamiento de otras visceras por bridas o adherencias consecutivas a vicios de posición, pueden dar origen a distintas manifestaciones clínicas de la esfera intestinal.

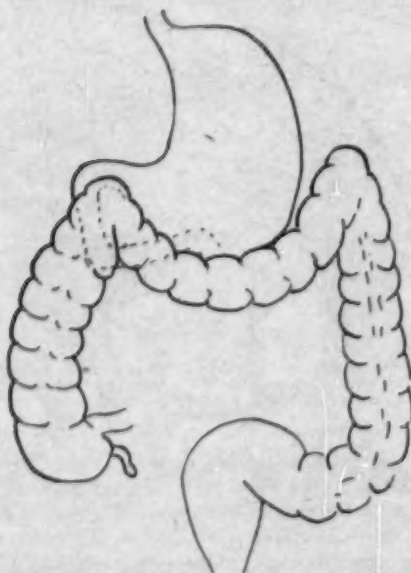


Fig. 3 — Síndrome duodeno-colónico. — Corrección de la angulación del colon, al evacuar el estómago. Mejoría ó desaparición de los fenómenos funcionales por estasis intestinal.

La longitud del colon en el lactante, puede dar origen a acidaduras o relaciones anómalas entre ellas y las visceras vecinas, lo mismo que a adherencias plásticas, sin espesamiento del peritoneo, capaces de producir alteraciones funcionales. Lo mismo sería válido para las adherencias observadas entre el duodeno y la vesícula biliar, cuyo funcionalismo se perturba no solo por dicha anomalía, sino por el préstamo que al mismo hacen la alteración producida en otros órganos por los mas variados motivos. Cualquier perturbación

en la evacuación vesical, es un motivo de alteración de la función digestiva y posiblemente creadora de un círculo vicioso.

Queda por resolver las hipótesis sustentadas sobre la morfología del colon y al crecimiento de la cavidad abdominal. Consideramos de cualquier modo que la embriología está señalando claramente el origen de dichas perturbaciones y que las mismas solo constituyen una etapa en el crecimiento. Cualquier perturbación en ese mecanismo de rotación o traslación puede originar relaciones anómalas del revestimiento seroso y dejar alteraciones definitivas de posición.

BIBLIOGRAFIA

1. FRAZER (J. E.) y ROBBINS (R. H.) — *On the factors causal in Causing rotation of the intestine in man.* "J. Anat. and Physiol". 1945; 50, 75.
2. DOTT (N. M.) — *Anomalies of intestinal rotation. Their embryology and Surgical Aspects, with report of five cases.* "Brit. J. Surg", 1923, 11, 251.
3. LADD (W. E.) — *Congenital obstruction of the small intestine.* "J. A. M. A."; 1933; 101, 1453.
4. LADD y GROSS — *Abdominal surgery of Infancy and Childhood*, 1947.
5. GUTIERREZ (A.) — *Morfogénesis del peritoneo intestinal*, 1929.
6. PUEYO, GARCIA (A.) — *Contribución al estudio radiológico del estomago e intestino delgado del lactante.* Madrid, 1950.
7. LOZOYA (J. S.) — *La oclusión intestinal en el niño debida a malformaciones congenitas por coalescencia anormal del peritoneo del intestino medio.* Mem. del III Congreso Nac. de Ped. Mexico, 1950.
8. MAC INTOSH (R.) y DONOVAN, (E. J.) — *Disturbances of rotation of the intestinal tract, clinical picture based on observations in twenty cases.* "Am. J. Dis. of Children", 1939; 57, 116.
9. TURRÓ (O.) y LLAMBÍAS (M. R.) — *Patología del vómito en el primer cuatrimestre de la vida.* 1952.
10. NEUMANN (W.) — *Diagnóstico funcional radiológico del intestino delgado.*
11. ROSS GOLDEN — *Examen radiológico del intestino delgado.*
12. BOCKUS (T.) — *Vicios de coalescencia del peritoneo. 'Bridas duodeno Cólicas'.* Tomo II. Pag. 54-194.
13. ROVIRALTA (E. P.) — *Síndrome Frenopilórico: Ectopia gástrica en el niño.* R. 117 53.
14. DUVAL (ROUX) y BECLERC — *Etudes sur le duodenum.*
15. FÈVRE (M.) — *Malformaciones del tubo digestivo.*
16. VON NOORDEN — *Vicios de coalescencias del peritoneo*, p. 798.
17. ROVIRALTA (E.) — *El abdomen quirúrgico en el niño.* Salvat, Barcelona 1946.
18. ROVIRALTA (E.) — *El lactante vomitador.* Dalvat, Barcelona.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

RUBICAL

12 VITAMINAS COM SAIS MINERAIS ANTIANÊMICOS E FATORES LIPOTRÓPICOS

O mais completo polivitamínico, remineralizante,
antianêmico e lipotrópico

CONTÊM:

12 Vitaminas Essenciais:

A, D, B₁₂, B₁, B₂, B₆, PP, Pant. cálcio, C, P, ácido fólico-Inositol.

11 Sais Minerais:

Fluor — Cálcio — Fósforo — Ferro — Cobalto — Cobre —
Molibidênio — Iodo — Potássio — Sódio — Zinco.

2 Fatores Lipotrópicos: Metionina e Inositol.

1 Doador de grupos Pirrólicos: Clorofila.

Todos os fatores Antianêmicos:

Ferro — Cobre — Cobalto — Molibidênio — Clorofila — Ácido
Fólico — Vitamina B₁₂.

CARACTERÍSTICAS

RUBICAL é um polivitamínico que abastece o organismo com as 12 vitaminas essenciais e as 11 substâncias minerais necessárias à profilaxia e ao tratamento de todas as formas de hipovitaminoses subclínicas ou ostensivas que, em geral, resistem a tratamento vitamínicos por falta de complementação com sais minerais.

RUBICAL constitui também um excelente antianêmico polivalente, visto conter ferro, cobre, cobalto, molibidênio e clorofila para a hemoglobinogênese e vitamina B₁₂ e ácido fólico para a formação do estroma eritrocitário. Contendo metionina e inositol exerce efeitos lipotrópicos hepatoprotetores.

Rubical contém

glutamato de cálcio, estimulante intelectual e neurotônico.

POSOLOGIA:

2 a 3 drágeas verdes e outras tantas brancas 2 a 3 vezes por dia.
Crianças: meia dose.

APRESENTAÇÃO:

Caixas com 1 frasco de 50 drágeas verdes e
1 frasco com 50 drágeas brancas.

LABORATÓRIO CORTI DO BRASIL

R. Madre Cabrini, 328 — Telefone 70-2240 — São Paulo
RIO DE JANEIRO — PORTO ALEGRE — LONDRINA — GOIÂNIA
BELO HORIZONTE — RECIFE

Estado atual do problema do megacolon na infância

Dr. VIRGILIO A. DE CARVALHO PINTO

Dr. ROBERTO DE VILHENA MORAES

Acadêmico PAULO ALTENFELDER SILVA

(São Paulo, Brasil)

O megacolon é uma afecção que não tem sido convenientemente considerada, muitas vezes não diagnosticada e, em geral, imprópria-mente tratada. O megacolon congênito apresenta-se na criança com características bem definidas. Os sintomas aparecem logo após o nascimento ou algum tempo depois com intensidade variável e com fenômenos obstrutivos de maior ou menor gravidade, podendo levar algumas vezes a criança à morte. Um outro grupo de crianças, apresenta apenas constipação crônica, de base constitucional ou psicológica ou ainda devido a hábitos defeituosos. Estas crianças devem ser submetidas ao adequado tratamento médico ao contrário daquelas com megacolon congênito em que o tratamento de escolha é o cirúrgico. A grande maioria de nossos pacientes com megacolon congênito apresentava história de constipação desde o nascimento, seguida de crises intermitentes de constipação e distensão abdominal, necessitando permanentemente de enemas e outros meios auxiliares da defecação. Por outro lado, as crianças portadoras de constipação crônica apresentavam sintomas em geral no 2.º ou 3.º ano de vida, e a distensão abdominal era menor. O exame físico revela na criança com megacolon congênito, além da distensão abdominal, o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax com deslocamento superior e lateral dos arcos costais. Muitas vezes há um fecaloma palpável através da parede abdominal, o qual não é sentido pelo toque retal, sugerindo que a massa fecal esteja situada acima da lesão congênita.

O diagnóstico preciso do megacolon congênito só pode ser realizado pelo exame radiológico adequado. A técnica preconizada por NEUHAUSER consiste na introdução de uma pequena quantidade de bário através de uma estreita sonda introduzida no canal anal, sendo o paciente observado na radioscopia em posição oblíqua ou lateral. O contraste deve ser introduzido lentamente, evitando-se a adminis-

tração de grande quantidade de bário o que poderia obscurecer e dificultar a identificação da lesão. Esta técnica permite o estudo do colo: o aumento do volume do colo em si, é de importância secundária sob o ponto de vista diagnóstico — embora ele ocorra invariavelmente nos casos de megacolon congênito, também pode aparecer em outras afeções. No diagnóstico do megacolon congênito encontra-se um segmento de colo não distendido, que se estende do ânus ao reto sigmóide. Próximo a esta zona, o sigmóide apresenta-se dilatado e cheio de gases e fezes.



A nossa experiência baseada em um estudo de 24 casos que vem sendo observados desde 1947, nos permite as seguintes impressões sobre o problema :

- 1) A doença de Hirschprung apresenta características definidas e o seu correto diagnóstico e tratamento exigem técnica adequada.
- 2) constitui problema a ser considerado a remoção da distensão e dos sintomas obstrutivos que a criança apresenta. O emprêgo da lavagem intestinal não é isento de perigo e é aconselhável o uso de solução de água com gelatina.
- 3) Três tipos de megacolon na infância devem ser distinguidos:
 - a) megacolon consequente à obstrução orgânica do intestino;
 - b) megacolon funcional;
 - c) megacolon aganglionar.

O primeiro tipo é aquêle conseqüente a uma obstrução incompleta do intestino que oferece obstáculo a passagem de fezes. Tal pode acontecer em certas anomalias do ânus e reto. Nos dois outros tipos, não há obstrução orgânica visível, distinguindo-se contudo êsses pela sua sintomatologia, pelos achados radiológicos e pelo resultado da pesquisa histopatológica. O tipo funcional ou idiopático é mais benigno e a constipação é menos acentuada. O estado geral destas crianças é melhor do que o daquelas com megacolon aganglionar. A distensão abdominal não é tão acentuada e a evacuação por vezes é dolorosa. O estudo radiológico não mostra o quadro típico do megacolon aganglionar, demonstrando dilatação do colo inclusive do reto. O tratamento neste tipo de megacolon deve ser inicialmente médico, pois a maioria dêsses casos regride com o tratamento dietético, higiênico e terapêutico adequados. Nos casos de insucesso, talvez, como primeira intervenção, possa ser tratada a secção do esfíncter interno do ânus segundo a técnica de CORRÊA NETO. Em última instância a ressecção ampla da parte dilatada e freqüentemente alongada do colo é a intervenção de escolha.

No megacolon aganglionar, moléstia de Hirschprung propriamente dita, o quadro mórbido é muito mais acentuado e o exame

radiológico é típico. A sua etiologia é em geral admitida como a ausência ou diminuição das células ganglionares do plexo de Aurbach num segmento maior ou menor do colo. O tratamento desse tipo de megacolon é cirúrgico. Das várias técnicas que tivemos oportunidade de realizar, a reto-sigmoidectomia segundo SWENSON e BILL, original ou modificada, é a que nos trouxe melhores e mais duradouros resultados, sendo portanto no momento a intervenção de escolha. Acreditamos que nos casos em que haja comprometimento acentuado da parte hipertrófica e dilatada, a ressecção em extensão maior ou menor desse segmento deveria também ser considerada como medida terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO PINTO (V. A. de) SILVA (M. A.) CARDIM (W. H.) e VILHENA MORAES R. de) — *Megacolon na criança* (Doença de Hirschsprung). — "Pediat. Prát.", 24 (2):83-90, 1953.
- CARVALHO PINTO (V. A. de) VILHENA MORAES (R. de) CARDIM (W. H.) e SILVA (M. A.) — *O problema do megacolo na criança*. — Trabalho apresentado no Departamento de Proctologia da Associação Paulista de Medicina em 8 de Junho de 1953. (A ser publicado na "Rev. Paul. Med.").
- CORREIA NETTO (A.) — *Tratamento cirúrgico do megacolon pela esfinterectomia dos chamados esfínteres funcionais do intestino grosso*. — "Anais do 2.º Congr. Brasil. e Amer. de Cir.", 2:109-134, 1940.
- SWENSON (O.) and BILL JR. (A. H.) — *Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. An experimental study*. — "Surg.", 24 (1):212-220, 1948.

DRAGEAS

DISSENSIBILISAÇÃO

ALÉRGICA

GRANULADOS

PEPTALMINE

ENXAQUECAS
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA
ESTROFILA URTICARIANA
PRURIDOS. ECZEMAS

CLORETO de AMÔNIO ENILA

drágeas 0,50 g

DIURÉTICO

POTENCIALIZA A AÇÃO DOS DIURÉTICOS MERCURIAIS.

ACIDIFICANTE

TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL

CLORETO de POTÁSSIO ENILA

drágeas 0,50 g

DEFICIÊNCIA EM POTÁSSIO:

NO PÓS-OPERATÓRIO

NO TRATAMENTO PELO ACTH E CORTISONA



LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: rua Marquês de Itó, 202 — São Paulo

Vicios de coalescencia del peritoneo

(Síndrome duodeno-colónico)

DRS. JOSÉ MARIA PELLIZA,

NATALIO E. MORCILLO,

ARMANDO A. GRATI,

SOFIO CALISTI y colaboradores

(Buenos Aires — Argentina)

Traemos a vuestra consideración un problema anatomoclínico, que desde hace varios años, atrae nuestra atención, habiendo sido motivo de una disertación en la ciudad de Mendoza, Republica Argentina en el año 1951, en las Jornadas de Pediatría Argentina y Río Platense, así como de su comunicación previa en forma más detallada y documentada a la Sociedad Argentina de Pediatría y publicada en los archivos de Pediatría en el año 1953.

Denominamos síndrome duodeno colónico, a un cuadro anatomoclínico, caracterizado por una coalescencia anómala entre el duodeno y el colon transverso, en virtud de la cual, la primera y segunda porción del duodeno, se hallan intimamente adheridas al colon transverso en la unión de su tercio derecho con el tercio medio. Esta adherencia patológica determina un remanso o estasis del tubo digestivo que puede dar lugar a cuadros clínicos perfectamente individualizables, y cuyo cortejo sintomático, dependerá del sitio en que asiente la obstrucción, en forma predominante, es decir: a nivel del duodeno, a nivel del transverso, o simultaneamente en ambos segmentos del tubo digestivo.

La causa de esta alteración anatómica, debe buscarse en las anomalías embriológicas del tubo digestivo, tan brillantemente estudiadas entre otros por Frazer, Dott, Ladd y Jesus Losoya de Mejico. Someramente diremos que el intestino medio, efectúa movimientos rotatorios que se completan en la 12.^a de la vida fetal. La interrupción del movimiento rotatorio descripto determinaría que las adherencias de los

órganos se establezca en forma anormal, siendo la causa de obstrucción por presiones externas o acodamientos (1).

En base a la anatomía encontrada en nuestros enfermos portadores de un síndrome duodeno colónico y a los estudios clínicos y radiográficos creemos poder explicar con hechos concretos porque un niño portador de un síndrome duodeno colónico y en aparente buen estado de salud, puede presentar bruscamente un cuadro clínico grave capaz de terminar con su vida. Interpretamos el mecanismo del síndrome duodeno colónico en la forma siguiente; al estar el colon fijo al duodeno, se encuentran alterados los movimientos pendulares normales del colon; el estudio del estomago en estado de plenitud actúa directamente sobre la posición de los dos tercios izquierdos del colon transversal, determinando una angulación en caño de escopeta en su unión con el tercio derecho. Ello provoca un estasis o remanso, por obstrucción intestinal a este nivel, que repercute sobre todo el intestino medio y las glándulas o reservorios anexos: La obstrucción que se establece a este nivel provoca un estasis o remanso del intestino delgado y del colon ascendente, que a su vez exageran por presión mecánica el estasis duodenal (2).

En forma breve nos vamos referir a la fisiopatología determinada por este estasis o remanso intestinal que observamos en el síndrome duodeno colónico; cuando aquel es a predominio gastroduodenal el cuadro es parecido al que determina la estenosis crónica del duodeno, cuando el estasis o remanso, se manifiesta en forma semejante y simultánea a nivel del duodeno y el transversal, las alteraciones serán no solamente las que corresponden a la estenosis duodenal, sino que existirán además todas las alteraciones digestivas y de absorción como consecuencia del estasis del colon ascendente, del intestino delgado, del duodeno y del estomago, y como corolario el embotamiento de las secreciones pancreática y biliar que involucran, una perturbación en la digestión y absorción de grasas, proteínas, hidratos de carbono, así como el metabolismo de la sal y del agua.

Cuando el estasis es a predominio colonico, el sintoma predominante es el dolor, al que se agregan los fenómenos funcionales, propios del estasis del intestino medio:

Del examen de los enfermos operados por nosotros y a través del resultado de 50 necropsias realizadas con los anatomopatólogos dres. J. F. Mosquera y J. Porta, podemos decir que el síndrome duodeno colonico está condicionado por una coalescencia anómala entre la primera y segunda porción del duodeno y el colon trans-

(1) Harris, Taylor y P. Duval, consideran, que en el curso de la vida embrionaria el peritoneo, después de la fijación del asa primitiva y la torsión del colon presentaría a nivel del duodeno, (que es precisamente donde se modifica más el peritoneo en el curso de la rotación del tubo digestivo), una serie de puntos en los que hay un defecto de coalescencia. No sería excepcional que una infección sobreescribiese a un proceso teratológico anterior que constituye una predisposición familiar.

(2) Estos nos explica los resultados benéficos obtenidos por el profesor Emilio Rovinsky en el tratamiento de la plicatura gástrica y de los cuadros de estenosis crónica del duodeno, quien ha obtenido mejoras y muchas veces curaciones clínicas con la cura postural y métodos coadyuvantes por el precondicionado.

verso en la unión del tercio derecho, con el tercio medio, a nivel del esfínter de Cannon, localizado a ese nivel; a lo que agrega la ausencia del ligamento freno-célico, lo que determina que el tercio derecho del colon transversal se halle en posición oblicua. Ciego móvil en la pelvis, por debajo o a la altura de la cresta iliaca. El ángulo hepático del colon se halla descendido. El colon por lo general se halla fijo al peritoneo parietal con membranas de tipo congénito, a lo que se agrega el infarto ganglionar periduodenal e ilieocolico, infarto que se extiende hasta el sitio de la obstrucción.

Según Bryant y Harris, estas membranas que se extienden desde la cara superior del colon transverso al duodeno superior o a la región pilórica, se encuentran en esta región, en forma de velos membranosos o bridas con una frecuencia del 20 por ciento de los niños. Dicha membranas suelen ser avasculares por lo general y de aspecto translucido, y pueden llegar a tener en los niños mayores una consistencia fibrosa, y en ocasiones presentar sobrecargas grasosas.

Dada la brevedad del tiempo, no nos vamos a extender en consideraciones anatomopatológicas, pero tenemos a disposición de los distinguidos colegas que nos escuchan un fascículo más detallado sobre los defectos anatómicos observados en el aparato digestivo, escrito por el Doctor J. E. Mosquera, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Niños de Buenos Aires.

Síntomas: el vómito es el síntoma principal, se halla siempre presente en el síndrome, ya como un síndrome actual, o como un antecedente en la historia del niño. Suele ser precoz, a veces faltar el intervalo libre, como lo hemos comprobado en algunos niños de pocos días. Salvo en las formas graves que como las estrecheces francas del duodeno hacen indispensable el tratamiento quirúrgico inmediato, el vómito se presenta en forma periódica o irregular, experimentando el niño alternativas de mejoría y empeoramiento con las consiguientes alternativas en la curva de peso. A veces el intervalo libre puede ser muy prolongado pudiendo llegar en algunos casos a meses y en algunos niños a años:

Caracteres del vómito: puede ser alimenticio, pero con más frecuencia bilioso. En ocasiones, siendo habitualmente alimenticio puede ser bilioso. Este es un dato de mucho interés y que debe ser pesquisado prolijamente. Si bien no siempre los vómitos comprometen el estado general en forma aguda, en otros casos provocan cuadros de deshidratación sumamente graves con gran decaimiento, acetoemia.

Este síntoma puede declinar con tratamiento sintomático restableciéndose el tránsito intestinal. Otras veces es rebelde al tratamiento y persiste durante un tiempo variable, llegando en otros a ceder solo después de la intervención quirúrgica.

Las deposiciones: varían según la edad, el grado y la altura de la obstrucción. En los niños, portadores de una obstrucción más

pronunciada, predomina la constipación, que suele ser interrumpida por despeños diarreicos. En niños de segunda infancia, es más frecuente encontrar cortos periodos de constipación interrumpidos por deposiciones de tipo jabonoso, espumoso, en forma de debacle. En esos periodos de constipación observan generalmente cefaleas, modificación del carácter de los niños que se manifiestan decaídos, irritados etc., su lengua es saburral y se comprueba en ellos halitosis. Todos estos caracteres se modifican durante periodos de disposiciones abundantes, como si se produjera en ellos una verdadera desintoxicación.

El dolor: lo hemos encontrado frecuentemente en niños mayores, localizados en la región periumbelical derecha y epigastrio, haciendo pensar muchas veces en apendicitis. En tales casos, la simple extirpación del apéndice no modifica el cuadro clínico. El dolor puede presentarse muchas veces adoptando el tipo cólico.

El examen físico muestra la existencia de un abdomen por lo general globuloso, distendido, llamando la atención la sensación táctil de contenido líquido, que apreciamos al palpar suavemente el abdomen con los dedos semiflexionados. Recuerda la sensación que despierta la palpación de un globo de goma semilleno de líquido séquo del Flam. El resto del examen somático revela alteraciones variables, según la intensidad del proceso;

Formas clínicas. — Según sean los síntomas predominantes en los niños portadores de una coalescencia duodenocolónica, los hemos agrupado en varias formas clínicas, a saber;

Forma oclusiva

Forma pseudopilórica

Forma diséptica o tóxica

Forma distrófica

Forma acetónemica

Forma dolorosa.

Cada una de ellas se caracteriza, como su nombre lo indica, por presentar síntomas o signos que las individualizan. A pesar de ello, en muchas oportunidades, dadas la similitud con otros procesos, hace que interpreten erróneamente, malogrando las posibilidades que ofrece el tratamiento quirúrgico.

Según sea la altura o el predominio de uno o otro tipo de obstrucción tendremos las distintas formas clínicas. Así, las obstrucciones a predominio duodenal determinan el cuadro oclusivo del recién nacido o pseudopilórico. La obstrucción simultánea y semejante del duodeno y del transverso, la hemos encontrado en las formas disépticas, tóxicas, distróficas, acetónémicas y pseudocealias. La obstrucción predominante a nivel del transverso caracteriza a las formas dolorosas.

El cuadro sintomatológico de cada uno de estos enfermos estará condicionado, en primer lugar, por la acción obstructiva mecánica pura debida a las estrecheces, angulamientos o compresiones del intestino o en segundo lugar: a los fenómenos funcionales o reflejos. Sabemos los serios desequilibrios digestivos y de nutrición que perturban el mecanismo hidrosalino, debido al mal funcionamiento del duodeno, pudiendo ser causa de graves cuadros de deshidratación aguda. Lo mismo podríamos referirnos a los trastornos debidos al estasis del intestino, determinando fenómenos reflejos o embotamiento de la secreción de la vesícula biliar, del páncreas y del estómago.

Tratamiento. — En presencia de un niño portador de un Síndrome duodeno colonico el tratamiento quirúrgico se impone una vez agotado el tratamiento médico, postural, dietético etc.

Hemos realizado la liberación de la coalescencia entre el duodeno y el colon transversal, restableciendo el tránsito intestinal. La zona despegada la hemos tratado con polvo de aluminio, para evitar la formación de nuevas adherencias.

En algunas oportunidades, hemos encontrado verdaderos estrechamiento a nivel de la primera, segunda o tercera porción del duodeno y otras veces marcados acodamientos, observando el duodeno proximal de calibre aumentado, hasta llegar a tener caracteres de verdadero megaduodeno. El transversal lo hemos encontrado adherido a la primera y segunda porción del duodeno, en la unión del tercio derecho con el tercio medio, formando verdaderas angulaciones en caño de escopeta, contrastando la porción proximal del colon, sumamente dilatada con la porción distal, de calibre mucho menor.

Algunas veces hemos hallado la vesícula estrangulada en su cuerpo, o en su cuello, por adherencias que se extienden desde la conjunción coloduodenal y hemos observado la recuperación de su forma, y su evacuación a la presión después de movilizar dichas adherencias. En terminos generales y aun en los niños muy pequeños, la vesícula duplica facilmente el tamaño normal, presentando también aumento de tensión.

El páncreas por lo general, se encuentra infiltrado, y hemos observado gran cantidad de ganglios en el mesenterio, mesocolon ascendente y en la región yuxtaduodenal.

A continuación pueden observarse las figuras A y B realizadas por uno de nosotros, (el Dr. Escuder), antes y después de ser tratada la adherencia duodeno colónica en uno de los niños operados que presentaba también una angulación de la vesícula biliar.

En algunas oportunidades, no siempre, hemos encontrado durante el acto operatorio, además de la coalescencia duodeno-colónica, ciegos altos y mal rotados, membranas o bridas más o menos organizadas y vascularizadas comprimiendo al duodeno, colon ascendente, descendente etc. Hemos procedido en consecuencia, efectuando

el tratamiento de dichas bridas o adherencias, seccionandolas, y luego corregido la mal posición del ciego. Extirpamos el apéndice, cuando por su situación, membrana de Jackson, etc. representa un obstáculo para la total recuperación de estos niños.

Estudio radiológico del síndrome duodeno colónico. — El estudio radiológico de estos pacientes debe ser detenido y minucioso. Comenzamos siempre con el examen del esófago. Las radiografías en posición oblicua acostado casi siempre son muy demostrativas. Insistimos con varias imágenes, hasta obtener todo el recorrido esofágico, en particular en su porción terminal, tratando de pesquisar especialmente la ectópia gástrica parcial e la existencia de un esófago corto.

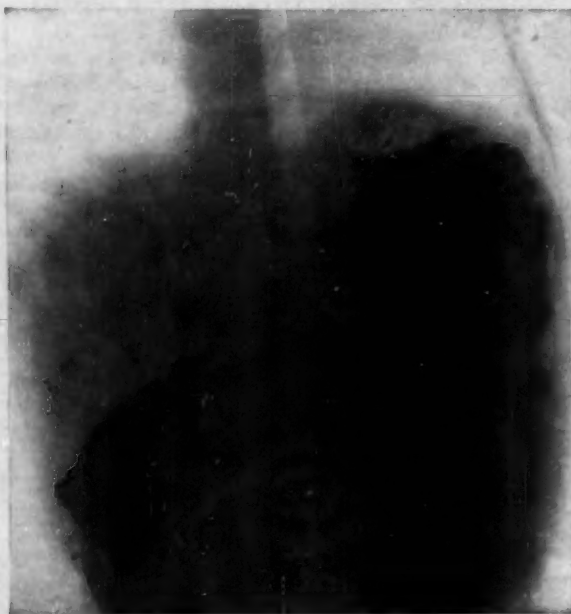


Fig. 1

Para el examen de estómago, es importante de acuerdo a la edad del niño, la cantidad de sustancia a ingerir. El lactante llena su estómago con 100 é 120 cc. de mezcla opaca; descampuesta así: 80 é 100 cc. de água, leche materna é dilución de leche de vaca y agua agregandole 30 gramos de sulfato de bario de cualquiera de los preparados comunes. — En niños mayores se vá aumentando

gradualmente la cantidad de mezcla opaca total a ingerir. — Interesa investigar: Forma, tamaño, posición y altura de estómago.

Cuando comienza la evacuación gástrica, prestamos la mayor atención a la morfología del marco duodenal.

A pesar de las variaciones anatómicas normales, existen alteraciones de forma y relleno que creemos son de suma importancia. Ellas son: aumento del tamaño, calibre, deformaciones flexuosidades, é detenciones de la sustancia baritada.



Fig. 2

El intestino delgado es estudiado en toda su extensión, observando la distribución de las asas y la velocidad del tránsito; poniendo especial atención en observar el calibre y el estado de la dinámica intestinal en su porción proximal y distal.

Se completa el estudio con el relleno del colon, sobre todo, hasta llegar la mezcla al ángulo izq.; descartadas las afecciones normales y existencia de esfínteres, existen alteraciones que consideramos patológicas. Para buscar la relación entre el colon trans-

verso con el marco duodenal creemos que el exámen radioscópico detenido, atento y minucioso dá datos de suma importancia.

Este exámen realizado en muchos niños, nos ha dado datos concretos de la coalescencia anómala duodeno colónica. El colon transverso se desplaza al movilizar hacia arriba el fende de curvatura mayor y duodeno, y a la inversa al movilizar el colon hacia abajo vemos descender e deformar el duodeno acompañado de dolor. En los casos comprobados con el exámen radioscópico la intervención quirúrgica ha corroborado en un todo la presunción radiológica.



Fig. A

Podemos completar a veces estos exámenes con la enema opaca del colon en forma deliberada a efectos de pesquisar la relación de vecindad é hacer desaparecer las angulaciones del colon por la cual aconsejamos realizarlo bajo control radioscópico y a muy poca presión.

En casos especiales hemos hecho la enema opaca, é la insuflación del colon en forma deliberada aefectos de pesquisar la relación entre el duodeno y el colon con el fin de obtener imágenes confirmatorias de los estudios de rutina. Insistimos; que el estudio seriado por vía bucal, a veces de hora en hora y en ocasiones

durante un día; completado con el examen radioscópico detenido, nos permitirán obtener signos característicos. Mientras tanto, iremos haciendo una descripción semiológica de las imágenes obtenidas, que agregado al cuadro clínico del niño nos orientarán hacia un diagnóstico concreto.

Una vez que la sustancia opaca ha llegado al transverso y, con el deseo de estudiar la relación duodeno colónica y las modificaciones de posición del colon según el estado de plenitud del estómago, damos a ingerir al niño una nueva toma de sustancia opaca realizando nuevo examen radioscópico y radiográfico.



Fig. B

Resumiendo : En líneas generales; podemos decir que el estudio radiológico del síndrome duodeno colónico nos ofrece los siguientes signos dignos de tener en cuenta :

Estásis gastro duodenal. — Alteraciones de forma, calibre y posición del duodeno Tránsito acelerado del intestino delgado proximal. Estásis del intestino delgado distal, cuyas asas ocupadas por la sustancia de contraste descansan por lo general en la pelvis.

Ciego bajo. — descenso del ángulo derecho del colon. El transverso proximal en posición oblicua con cámara de aire en su parte superior.

Detención de la sustancia opaca en exámenes repetidos en la unión del tercio medio con el tercio derecho del colon transverso.

Diferencia de calibre entre la porción proximal y distal del colon transverso.

Con la segunda tema complementaria observamos la relación patológica entre el colon y el marco duodenal; estudiando las modificaciones de posición del colon transverso en relación con el estado de plenitud é vacuidad gástrica.

CONSIDERACIONES

El síndrome duodeno colónico, representa la cristalización de un estudio prolongado, iniciado hace alrededor de 8 años, por hallazgos operatorios en niños con diagnósticos de oclusión intestinal y estenosis hipertrofica del piloro. El cuadro que aquí presentamos a vuestra consideración, ya profundizado su estudio, nos permite señalar los elementos de juicio que concretan su diagnóstico, estos elementos son; en primer término la anamnesis meticulosa del enfermo, complementada por los signos y síntomas que ya señalamos, en segundo termino el estudio radiológico del tránsito gastroduodeno colónico, y por ultimo las pruebas de laboratorio, que determinan la proporción de amilasa en sangre y orina, así como los análisis parasitológicos y químicos de materias fecales (3).

Podríamos decir que nuestro síndrome se explica por lo que llamamos teoría del remanso, que se basa en el estasis o remanso del tránsito intestinal, a nivel del duodeno y del colon transverso, es decir practicamente a nivel de todo el intestino medio, provocando no solo fenómenos mecánicos por obstrucción más o menos franca del intestino, sino que determina además alteraciones de la dinamica intestinal, y una serie de otros transtornos funcionales que comprenden a las glándulas y reservorios del aparato digestivo.

(3) Exámenes de Laboratorio. (Efectuados por el Dr. Rafael Quezada, Bioquímico del Hospital de Niños de Buenos Aires).

Las modificaciones que se producen en la secreción externa del pancreas, se traducen en distintas maneras segun sea la intensidad de la lesión.

Indudablemente, que siendo las secreciones condicionadas a los estímulos y no sometiendo a los pacientes a un regimen uniforme, en razón de su edad y de su estado, preferimos establecer para cada uno, un índice de funcionabilidad, y que resulta del examen sistemático de la amilasa en sangre y en orina.

No tomamos uno solo de los factores, sino que por el contrario, ese coeficiente nos sirve mejor a los efectos de ver la evolucion, el diagnostico y pronóstico.

Se complementa todo ello, con el examen directo funcional de las deposiciones, y de su examen, tratando de obtener una visión de la acción de los fermentos sobre los alimentos ingeridos.

Podemos decir que si bien aún no se ha completado este trabajo, en general, se obtiene una normalidad funcional, inmediatamente después de la operación. Otras veces, ella se va logrando por etapas, pero indudablemente, apenas se corrige el estasis intestinal, comienza a mejorar la asimilacion.

Teoría del remanso que la encontramos también en el aparato urinario, en forma de repliegue o brida peritoneal, o arteria polar inferior, que al estrechar o acodar el uréter, determina en ciertas épocas y condiciones pielitis a repetición, cuando no hidronefrosis, hidropionefrosis etc., y todos los fenómenos funcionales propios de la retención ureica.

Teoría del remanso que la encontramos aplicada en el aparato circulatorio, en forma de estrechez mitral, persistencia del conducto arterio venoso, etc., determinando agrandamiento cardíacos o facilitando la instalación de estados infecciosos etc.

Teoría del remanso, que se confirma en los acodamientos o estrecheces bronquiales permitiendo la instalación de enfisemas obstructivos, bronquiectasias, supuraciones pulmonares etc.

Teoría del remanso a fin, que podríamos aplicar para las vías biliares etc. y en una palabra; que constituye el substractum anatómico de una serie de procesos o afecciones, que asientan en los órganos huecos todos de la economía.

Este remanso, que se establece en el Síndrome Duodeno Colónico debido a una estenosis del intestino, a nivel del duodeno y del transversal, podemos compararlo, por su semejanza, con lo que sucede en una acequia. Estando libre su tránsito, las aguas corren limpias e incontaminadas, pero basta que exista un pequeño obstáculo a su corriente, para que se establezca un remanso que facilita la contaminación de las aguas por la proliferación de los gérmenes y agentes parasitarios, y todo ello se ve exagerado por los cambios climáticos, que traen el otoño, la primavera y con grandes colores.

El síndrome duodeno colónico, así encarado, nos ofrece, la solución quirúrgica de los cuadros obstructivos francos, permitiendo un diagnóstico diferencial de suma importancia, para el tratamiento quirúrgico correcto de niños portadores de síndromes pseudo pilóricos, pseudo apendiculares, etc.

Por otra parte creemos que ofrece un amplio campo, para el estudio y tratamiento médico, de una serie de procesos graves, que como las dispepsias a repetición, y las toxicosis sin causa justificada, así como ciertos síndromes celíacos, algunos cuadros, de acetonimia, de deshidratación aguda etc., que a nuestro entender y de acuerdo con la documentación expuesta creemos que deben ser estudiados radiológicamente y en caso de confirmarse la presunción diagnóstica, deben ser tratados quirúrgicamente, cuando el tratamiento médico no consigue en forma radical los resultados buscados.

El substractum anatómico causante del remanso intestinal con todas sus consecuencias, debe ser corregido precozmente, antes de que se establezca trastornos definitivos e irreparables en el hígado y otras vísceras nobles, y además porque como todos los tratamientos de anomalías congénitas, su ejecución resulta más simple y sus resultados más satisfactorios cuanto menor es la edad del niño.

Hay que hacer notar que hasta la fecha, hemos operado 25 niños portadores dum síndrome duodeno colónico en su forma pura, ya que no consignamos los restantes, en los que se comprobó además de este síndrome, otras malformaciones tales como : rotaciones de intestino, ciego alto etc.

Todos estos enfermos nos han sido enviados por distintos pediatras, que habiendo realizado exámenes clínicos completos, y agotado el tratamiento médico, los dirigieron a nuestra consulta ante la presuncion de estar en presencia de cuadros clinico-quirurgicos.

Laboratório Químico Farmacêutico

V. BALDACCI

PISA — (Italia)

HEMOSTÁTICOS DE CONFIANÇA
ZIMEMA

ampólas de 5 cc.

Globulinas plasmáticas e substâncias tromboplásticas em
solução fisiológica.

ZIMEMA K

ampólas de 2 e 5 cc.

Solução de Zimema e Vitamina K

ZIMOSPUMA

Esonja de Fibrina puríssima em tubos esterilizados para
hemostasia em cirurgia cavitária.

Unicos distribuidores no Brasil

LABORATÓRIO BIO-NEVRON S/A

Rua Pedro de Toledo, 519 — Caixa Postal, 718

Tel.: 70-2657 — São Paulo, Brasil

LIPOCÉRÉBRINE

AMPÓLAS

TÔNICO E REMINERALIZANTE
CEREBRAL



Extrato etéreo total de cérebro fresco
de carneiro contendo todos os seus
constituintes, fosforados e não fosforados.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 404 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

TRATAMENTO
DO
ACNÉ

Enxofre coloidal.
Hamamelis.
Óxido de titânio.

SACNEL

NÃO É GORDUROSO.
É DE EMPREGO AGRADÁVEL

Uso externo



LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - FONE 32-0770 - RIO

Lafi relembra-lhe

Nos distúrbios neuro-vegetativos :

Vagosin

Não é um deprimente, mas um reequilibrador
do Sistema Nervoso autônomo



Nas algias de qualquer natureza :

Rebalsin Papaverina

Analgésico — Sedativo — Antiespasmódico

GÓTAS

E

AMPÓLAS

30 mg de Papaverina
por cm³

30 e 50 mg. de
Papaverina por
ampóla

LABORATÓRIO FARMACEÚTICO INTERNACIONAL S. A.

Rua Lisboa, 890 — Fones: 80-2135 e 80-2136 — São Paulo, Brasil

Consultores científicos

Prof. Dr. W. BERARDINELLI & Prof. A. DE BARBIERI

Filiais ou agentes em todos os Estados

Dois elementos de valor na cirurgia ano-retal

(A exposição do campo operatório pelo afastador Helfrick-Ferraz e a anestesia de demora)

Drs. ADALBERTO LEITE FERRAZ e

JOSÉ GONZAGA FERREIRA DE CARVALHO

A visualização do campo operatório e as dores no post-operatório imediato preocuparam sempre aos proctologistas, que se aprimoravam na execução de uma técnica precisa e realmente benéfica ao doente.

Entretanto, à despeito dos estudos feitos, pouco eram os resultados satisfatórios obtidos.

Em 1946, HELFRICK idealizou um afastador, ao qual denominou "RETRATOR ANAL" e que se baseava, em suas linhas gerais, num instrumento semelhante, preconizado por HULSIEK em 1837.

Esse afastador consistia de um anel de chapa cromeada, com 15 centímetros de diâmetro interno e 1,5 centímetros de espessura, podendo ser dobrado ao meio, por intermédio de dobradiças localizadas em sua parte média. Ao longo dessa chapa circular, situavam-se quatro pequenos ganchos em pontos equidistantes, igualmente metálicos, fixos e destinados a servirem de apoio a fios de tração.

Como fôsem animadores os resultados publicados com o emprego do mencionado instrumento, nos propusemos a utilizá-lo em nosso serviço e, realmente, conseguimos uma boa exposição do campo operatório nos casos por nós operados.

Porém, à medida que usávamos o afastador de Helfrick, concluímos pelas vantagens de ser introduzidas certas modificações nesse instrumento, afim de ampliarmos sua real utilidade.

Assim foi que, um de nós (A. Ferraz) construiu um retrator que corresponde ao preconizado por HELFRICK, mas dele difere nos seguintes pontos:

- 1) *maior diâmetro interno*, o qual passou a ter 17 centímetros, visando-se assim, facilitar a execução do ato cirúrgico, pois a chapa circular fica colocada em situação mais distante do campo operatório;
- 2) *maior largura (espessura) da chapa circular*, a qual passou a ter 2 centímetros, afim de permitir a abertura de 4 fendas longitudinais, para possibilitarem o deslocamento de igual número de cursores móveis, ao longo do anel;
- 3) *adaptação de 4 cursores móveis* e que poderão ser fixados com parafusos ou podendo se deslizar de acordo com as necessidades, ao longo das fendas descritas no item anterior. Com isso, obtém-se uma perfeita exposição do campo operatório, de acordo com a natureza, com a extensão e a localização das lesões.

Para a utilização desse retrator, deverão ser adotadas as seguintes medidas de ordem técnica :

- 1) *posição do paciente* — é a de pronação, ficando a mesa, ligeiramente fletida, para ser obtida uma elevação da pelve;
- 2) *afastamento das massas glúteas*, por meio da fixação de tiras de esparadrapo, que se estendem até a mesa operatória, traicionando as massas musculares.

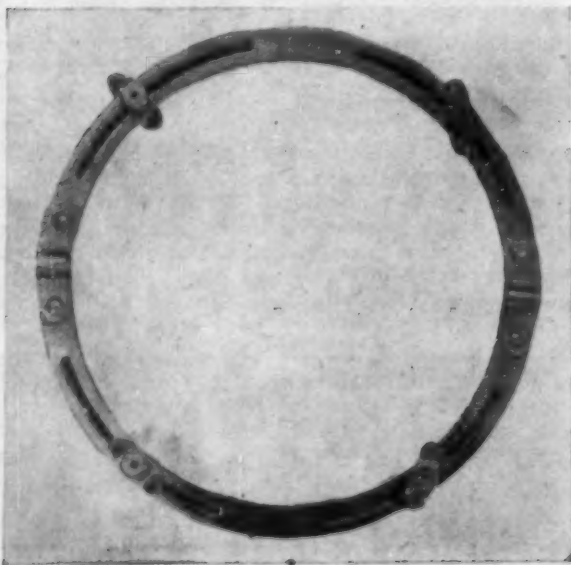


Fig. 1 — Apostador de HELBRICK-FERRAZ.

Com o emprêgo dêsse afastador, são conseguidas as seguintes vantagens :

- 1) exposição perfeita do canal ano-retal;
- 2) maior facilidade na execução do ato operatório, pois o afastamento se fará independente da participação do auxiliar;
- 3) fácil verificação do número e da natureza dos mamilos ou de outras lesões existentes no canal ano-retal;
- 4) possibilidades da dispensa do auxílio de um auxiliar.

As indicações para o uso do afastador de HELFRICK-FERRAZ são as mais variadas, podendo-se fazê-las nas hemorroidectomias, fissu-rectomias, fistulectomias, etc.

Tivemos a oportunidade de utilizar êsse afastador em um grande número de casos, com resultados os mais brilhantes e, para uma perfeita documentação à respeito, passaremos a exhibir um filme, pelo qual demonstraremos as reais vantagens do emprêgo do aludido instrumento, num caso em que praticámos u'a hemorroidectomia.



Por outro lado, quando em 1928, YEOMANS, GORSCH e MATHES-HEIMER publicaram suas primeiras observações sôbre o emprêgo de um anestésico oleoso para o tratamento do prurido anal, iniciou-se a nova era da *analgesia pos-operatória em proctologia*.



Fig. 2 — Posição do doente, com o afastamento das massas glúteas.

Seguiram-se-lhes, GABRIEL, MORGAN, EMERY, BROWN, BRAY, GREYBERG, MONASH, SEIDENFELD, HANZLICK e muitos outros, que procuraram aperfeiçoar os anestésicos que, realmente, proporcionassem uma ANALGESIA DE DEMORA no post-operatório.

Depois de muitos trabalhos nêsse sentido, obteve-se o F.C.O. 211, registrado com o nome industrial de *Efocaina* cujo solvente orgânico é o PROPILENO-GLICOL, o qual, além de atóxico, é miscível em água e eficaz.

Desde logo ficou patenteado que o modo de ação dêsse anestésico seria o seguinte :

- 1) as soluções do anestésico são preparadas no limite de saturação;
- 2) a adição de quantidades mínimas de líquidos orgânicos à solução anestésica, causa a precipitação dos componentes ativos dissolvidos;
- 3) os depósitos dos componentes ativos dissolvidos, serão absorvidos lentamente, garantindo-se uma anestesia prolongada, de 10 a 15 dias (IAXON e SHAFTEL).

Procurámos, desde 1940, aperfeiçoar nossa técnica e nossos conhecimentos sôbre a analgesia post-operatória em proctologia.

Inicialmente, usamos o óleo *percaïnado*, preconizado por GABRIEL e, já em 1943, apresentamos nossas primeiras observações clínicas à respeito, em 83 pacientes. Os resultados, nesses casos, foram excelentes, pois jamais tivemos um insucesso com a utilização dêsse anestésico.

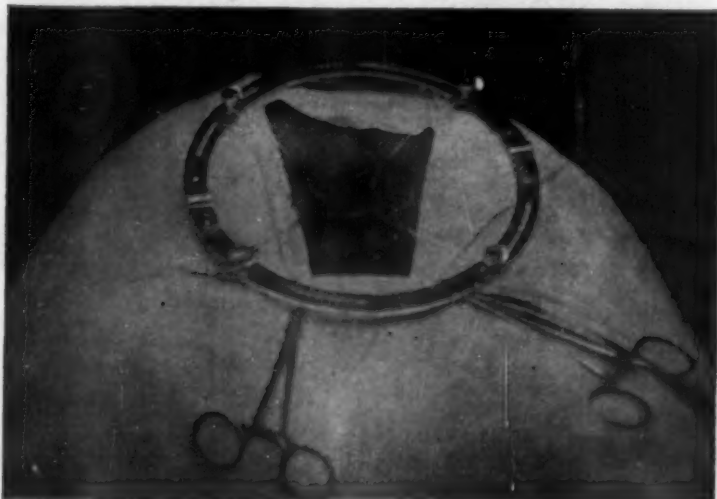


Fig. 3 — A afastador de Helfrick-Ferraz aplicado.

Também nos utilizámos, mais tarde, da PROCTOCAINA, com 70% de sucesso, nos casos por nós operados.

Atualmente empregamos a EFOCAINA ou o LUMETROX, cujas vantagens sobre o óleo procainado ou sobre a Proctocaina são as seguintes :

- 1) miscibilidade em água;
- 2) maior fixação do anestésico aos tecidos injetados;
- 3) maior dificuldade em formar abscessos;
- 4) maior duração da analgesia.

A título de documentação poderemos citar os seguintes dados estatísticos e referentes à nossa experiência à respeito :

- 1) em 840 hemorroidectomias, por nós praticadas, tivemos a oportunidade de tentar obter a analgesia post-operatória, em 428 casos;
- 2) em 350 casos, empregámos o Oleo Percainado, com 100% de sucesso;
- 3) em 50 casos, usamos a Proctocaina, com 70% de resultados bons;
- 4) em 24 casos, utilizamo-nos do Lumetrox, com 100% de sucesso;
- 5) em 14 casos, tivemos 100% de resultados satisfatórios, com Efocaína.

•
• •

Concluiremos pois, recomendando o emprêgo do AFASTADOR DE HEFRICK-FERRAZ e da EFOCAINA ou do LUMETROX, como elementos de real valor para a cirurgia ano-retal, não somente pelos princípios científicos que os lançaram, como, principalmente, pelos resultados práticos que garantem.

METROLINA

Antisséptico Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO : Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO : Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

SULFADEX-GÔTAS

"SULFAS COMBINADAS EM SOLUÇÃO AQUOSA"

FÓRMULA:

Succinil - SULFADIAZINA di-sódica ... 0,111 g
Succinil - SULFAMERAZINA di-sódica . 0,109 g
Succinil - SULFAMETAZINA di-sódica . 0,106 g
Água destilada q. s. p. 1,0 cm³

INDICAÇÕES:

Infecções causadas por: Neumococos, Meningococos, Gonococos, Estafilococos, Pulmonia KI, influência H, e como coadjuvante nas infecções mistas ou de etiologia duvidosa.

VANTAGENS TERAPEÚTICAS DO "SULFADEX-GÔTAS"

- 1.^a) Três "sulfas" combinadas em solução aquosa límpida e praticamente NEUTRA; primeiro produto NO MUNDO no gênero.
- 2.^a) Alta concentração (21% de Sulfonamidas puras).
- 3.^a) Fácil administração, mormente em pediatria.
- 4.^a) Sabor corrigível (administrada com água açucarada, laranja).
- 5.^a) Dosagem exata mesmo em pequenas frações.
- 6.^a) Toxicidez baixíssima.
- 7.^a) Cristalúria renal enormemente pequena.
- 8.^a) Obstrução renal nula.
- 9.^a) Evita reações alérgicas.
- 10.^a) Derivados sulfonamidos *sintetizados* em nossos laboratórios sob controle absoluto.

MODOS DE USAR

CRIANÇAS:

Dar na primeira administração 3 gôtas por quilo de peso da criança, da segunda administração em diante dar 9 gôtas cada 24 horas, por quilo de peso, divididas em 6 doses, isto é, uma cada 4 horas.

Quilos de peso da criança	Dose inicial 1. ^a administração	Dose normal 2. ^a administração em diante	Quantidade de sulfonamida em 24 horas
4	12 gôtas	6 gôtas	0,378 g
6	18 "	9 "	0,567 g
8	24 "	12 "	0,756 g
10	30 "	15 "	0,945 g
12	36 "	18 "	1,134 g
20	60 "	30 "	1,890 g

ADULTOS:

Dose inicial: 6 cm³ (mais ou menos 3 conta-gôtas cheios).

Dose normal: 3 cm³, cada 4 horas, até a cessação da febre.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

Rua Maria Paula, 136 — Telefone 33-4263 — São Paulo, Brasil

Colecistoduodenostomias

Dr. CAETANO ZAMITTI MAMANA

São Paulo, Brasil

O cirurgião que pratica uma anastomose colecistoduodenal, encontra-se quasi sempre embaraçado quanto às dimensões que deve dar á boca anastomótica: se a faz com comprimento menor de 2 a 3 cents., além do refluxo, vê surgir uma estenose cicatricial tardia, ou, conseqüente à infiltração inflamatória; se a faz maior, aumenta para seu doente, os perigos decorrentes da passagem de material digestivo para as vias biliares, representados pela colecistite, colangite ascendente supurada, abscessos múltiplos do parênquima hepático, atrofia das células hepáticas e insuficiência glandular que acarretam o mais das vêzes a morte do paciente.

Em vista disso essas anastomose foram alvo de severas críticas, e últimamente só são praticadas como último recurso.

As diversas técnicas propostas para corrigir os inconvenientes acima referidos, não corresponderam às expectativas, e apresentam além do mais, sérios inconvenientes.:

Na colecistoduodenostomia intra-parietal de LAMBRET: a) a boca anastomótica muito pequena, tende a estenotar-se tempos depois; b) a sutura de sepultamento das paredes da vesícula, diminue a luz duodenal, perturbando seu peristaltismo; c) a dissecação da vesícula de seu leito hepático, feita em doentes com icterícia grave, além de acarretar uma hemorragia de proporções variáveis, deixa uma superfície cruenta que facilita a formação de aderências post-operatórias, etc.

Na anastomose colecistoduodenal sobre tubo de DUVAL pode verificar-se: a) a obliteração da luz do tubo de borracha, ocasionada pelo depósito de concreções biliares; b) necessidade de uma segunda intervenção para extração do dreno retido como corpo estranho; c) estenose da boca anastomótica, após a eliminação espontânea do mesmo, etc.

Afim de sanar os inconvenientes acima referidos, propuzemos em 1934 dois processos: a colecistoduodenostomia túbulo-papilar, em que, á custa da parede anterior da vesícula, conseguimos fazer cirurgicamente um novo conduto simples (processo tubular), ou

munido de uma papila (processo túbulo-papilar), que com o calibre idêntico ao do colédoco, comunica a vesícula com o duodeno.

A *colecistoduodenostomia tubular* foi por nós praticada pela primeira vez em Novembro de 1933, numa doente com icterícia obstrutiva, ocasionada por uma pancreatite crônica. No exame radiológico procedido em janeiro do ano seguinte, não se verificou refluxo do contraste para as vias biliares, apesar da paciente ter sido examinada em posições, ortostática, de decúbito e em Trendlenburg, sob intensa compressão (manual e com pelota) exercida entre a 2.^a e 3.^a porção do duodeno e associada à malaxação do estômago. A doente não foi perdida de vista, e até Setembro do corrente ano, isto é 20 anos depois, apresenta-se em boas condições de saúde.

Na *colecistoduodenostomia túbulo-papilar* ou *processo ideal*, cuja técnica não apresenta dificuldades aos afeitos à cirurgia abdominal, o novo conduto cirúrgico, preenche perfeitamente as necessidades anatômicas e fisiológicas: de conduzir a bile para o ponto em que lhe é destinado pela natureza, e possuir uma papila terminal, situada na luz do duodeno, que funcionando como válvula, faz as vêzes da papila de Vater.

T É C N I C A

- 1) Duas pinças reparam o fundo da vesícula e com um trocater ligado a um aspirador esvasia-se o conteúdo biliar (fig. n.º 1).
- 2) A vesícula é aberta em seu fundo paralelamente ao bordo do fígado. Nas vesículas de tamanho reduzido essa incisão é feita nas proximidades do bordo hepático, ao passo que nas vesículas grandes se afasta cada vez mais quanto maior fôr o reservatório biliar (fig. n.º 2).
- 3) A medida do retalho necessário à formação do novo duto, é fornecida pelo pavilhão do cateter n.º 1 de nosso modelo que mede 22 mms. de largura (fig. n.º 3) e (figs. 2 e 3).
- 4) Para se obter o retalho, a vesícula é seccionada de um lado e de outro, numa extensão aproximada de 25 a 35 mms. (fig. 1 — n.º 4).
- 5) O retalho é puxado para baixo, afim de se verificar, se o comprimento é suficiente para permitir sua implantação, sem tração no ângulo formado pelas 1.^a e 2.^a porções do duodeno.
- 6) Dobram-se para fora 4 a 5 mms. da porção terminal do retalho fixando-o à serosa vesicular, por meio de uma sutura contínua ou com pontos separados (fig. 4 — n.º 5).

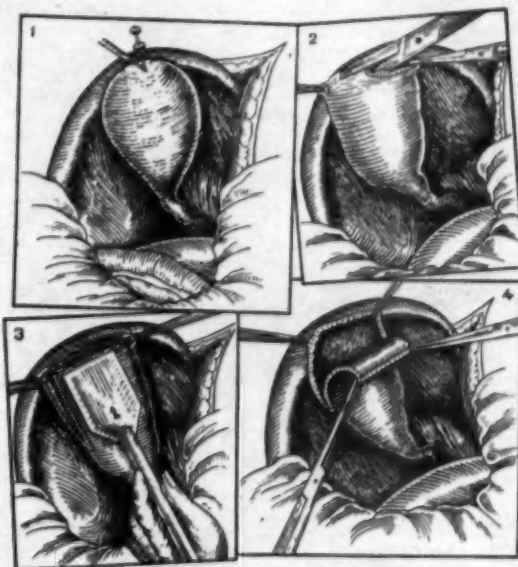


Fig. 1 — 1) A vesícula é esvaziada de seu conteúdo; 2) é aberta em seu fundo paralelamente ao bordo do fígado; 3) O pavilhão retangular do cateter n.º 1 de nosso modelo fornece a medida do retalho necessário à formação do novo duto; 4) o retalho é obtido seccionando-se a vesícula de um lado e de outro do cateter, numa extensão aproximada de 25 a 35 mms.

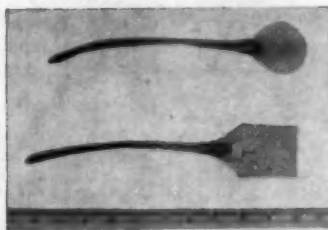


Fig. 2 — Cateteres n.º 1 e 2 de nosso modelo, vistos de frente

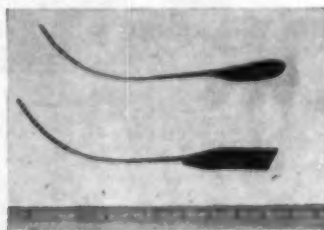


Fig. 3 — Cateteres n.º 1 e 2 de nosso modelo, vistos de perfil.

- 7) Com uma agulha atraumática, montada em catgut cromado n.º 00, sutura-se, aproximando a mucosa dos dois lados do retalho sobre a haste do cateter n.º 1, de modo a formar um duto. Fecha-se em seguida o fundo da vesícula (fig. 4 — n.º 6 e 7).

- 8) Um ou dois pontos separados, unem a mucosa terminal do retalho para formar a papila (fig 4 — n.º 8).
- 9) Substituído o cateter n.º 1 pelo n.º 2, de menor calibre, faz-se uma sutura sero-serosa com agulha atraumática, montada em fio de linho, seda ou algodão (fig 4 — n.º 8).
- 10) Terminado o duto túbulo-papilar, sua extremidade terminal é aproximada ao duodeno, afim de se marcar o ponto onde deverá ser implantado.

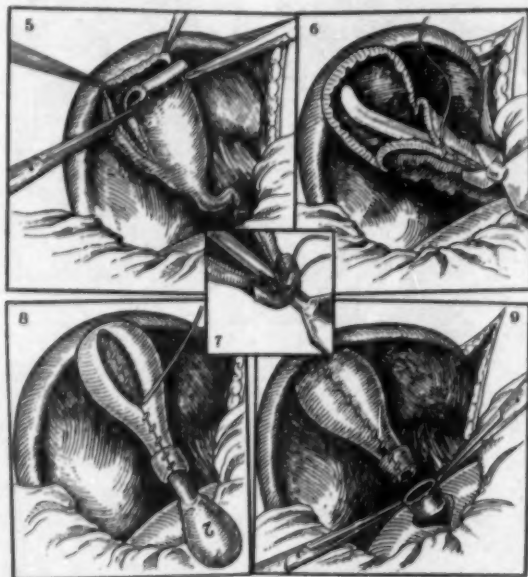


Fig. 4.- 5) A porção terminal do retalho é dobrada para fora e fixada à serosa vesicular; 6) A mucosa dos dois lados do retalho é suturada sobre a haste do cateter n.º 1 de modo a formar o duto; 7) Primeiro ponto para formar a papila; 8) O cateter n.º 1 foi substituído pelo n.º 2 de menor calibre, para se fazer um segundo plano de sutura sero-serosa; dois pontos aproximam a porção terminal dobrada e a papila está formada; 9) Incisão longitudinal do duodeno, dissociação das fibras musculares e abertura da mucosa duodenal.

- 11) Para melhor aproveitar o mecanismo peristáltico das paredes duodenais, como auxiliar da função do túbulo, modificamos nossa técnica primitiva, quanto à orientação que deve ser dada à incisão do duodeno. Abandonamos a linha transversal e passamos a fazer à incisão longitudinal da serosa do duodeno numa extensão de cerca 1 cent.. As fibras musculares são dissociadas, introduzindo-se entre elas os ramos fechados de uma pinça de pontas finas, que em seguida são abertos lenta e

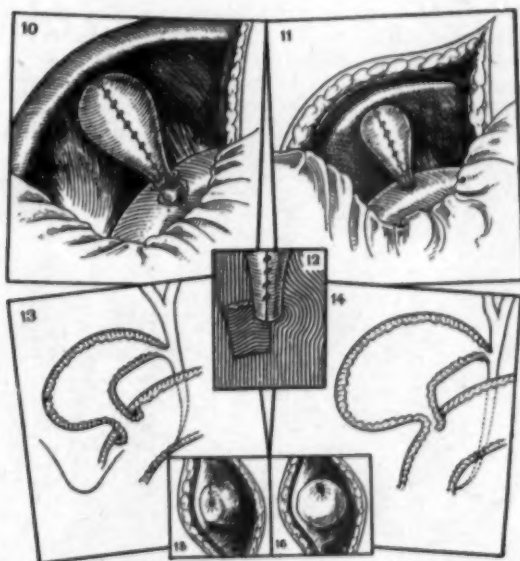


Fig. 5 - 10) A papila é introduzida na luz duodenal; sutura da mucosa da papila à mucosa duodenal; 11) da serosa duodenal à serosa vesicular do túbulo; após a implantação do túbulo nas paredes desse órgão; 12) Colecisto-duodenostomia túbulo-papilar vista no ato cirúrgico; a nova papila é formada à custa da mucosa vesicular e se continua com a mucosa duodenal; 14) Colecistoduodenostomia túbulo-papilar vista tempos depois da intervenção; a retração cicatricial ao nível da linha de sutura determinou um deslocamento excêntrico do orifício papilar colocando-o em contato direto com a mucosa duodenal; 15) papila neoformada vista no ato cirúrgico; 16) papila neoformada vista na luz duodenal tempos depois da intervenção; o orifício papilar está próximo à mucosa do duodeno. A mucosa vesicular que constitui a papila assumiu a forma de borlete saliente, arredondado e semi-lunar.

convenientemente, de modo a permitirem o prolapso da mucosa duodenal, que uma vez reparada com pinças é aberta (fig 4 — n.º 9).

- 12) A papila é introduzida na luz duodenal e com uma agulha atraumática e catgut cromado n.º 00, a mucosa desse órgão é suturada ao redor do túbulo com a mucosa da nova papila (fig. 5 — n.º 10).
- 13) Termina-se suturando a serosa duodenal à serosa vesicular do túbulo com fios de seda, algodão ou linho (fig. 5 — n.º 11).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Os trabalhos experimentais sobre a colecistoduodenostomia túbulo-papilar por nós executados em cães, mostram as vantagens de nossa técnica sobre as demais.

Para o lado da *vesícula*, a retirada de um retalho de seu fundo torna-a de volume reduzido (fig. 5 n.º 11) mas com o decorrer dos tempos, vai-se dilatando, e no fim de alguns meses chega a atingir seu volume primitivo (fig. 6). Esse fato, nos leva a crer, que o escoamento biliar através o novo duto, não se processa continuamente, mas se faz de modo intermitente. As poucas fibras musculares (circulares e longitudinais) do duodeno, que foram seccionadas (fig. 7-A) no ato cirúrgico, não impedem que os movimentos peristálticos ao nível da implantação do túbulo nessa víscera determine

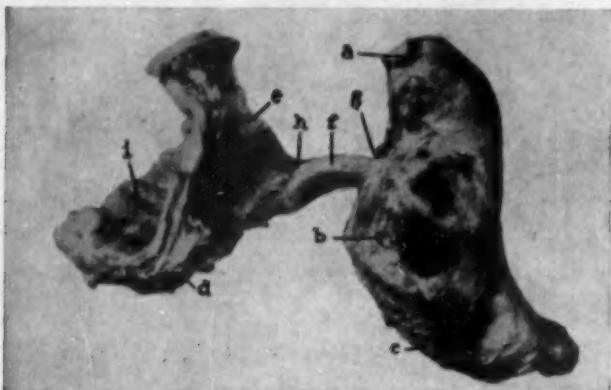


Fig. 8 — Peça experimental em que se vê nitidamente o novo duto ligando o terço médio da vesícula ao ângulo formado pela 1.ª e 2.ª porções do duodeno; a) fundo da vesícula; b) corpo e c) colo; g) início do novo duto ao nível da vesícula, f) seu corpo e h) ponto em que penetra na parede duodenal, vendo-se nitidamente o limite de implantação; e) primeira porção, e d) segunda porção do duodeno; i) sua mucosa.

o acolamento da mucosa do neo-duto, fechando-lhe a luz (fig. 7 B e C). Nesse momento, a bile acumulada na vesícula, acrescida de nova quantidade proveniente das vias biliares, chegando num reservatório de volume reduzido, nele penetra sob pressão, dilatando-o até que se verifique o equilíbrio, no interior da árvore biliar. Esse equilíbrio, se estabelece, quando a quantidade limite de reserva de bile atinge o volume de 50 a 60 cc.

O novo duto cirúrgico obtido por esse processo, tem calibre idêntico ao do colédoco, mede 20 a 25 mms. de comprimento, e comunica a vesícula biliar com a luz duodenal (fig. 6).

A *papila* implantada no duodeno, apresenta-se no ato operatório de forma globular, com um orifício no centro. (fig. 5 n.º 15). A retração cicatricial que se verifica tempos depois ao nível da linha de sutura, determina um deslocamento excêntrico desse ori-

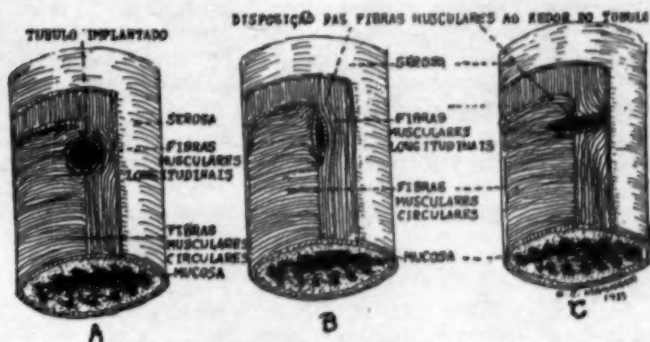


Fig. 7 — A) Disposição das fibras musculares circulares e longitudinais do duodeno ao nível da implantação do novo duto túbulo-papilar. As fibras circulares foram seccionadas numa pequena extensão, e as longitudinais simplesmente dissociadas; B) Com a contração das fibras musculares circulares, o novo duto achata-se longitudinalmente ao eixo do duodeno; C) Com a contração das fibras musculares longitudinais o novo duto, achata-se transversalmente ao eixo do duodeno.

fício aproximando-o ou pondo-o mesmo em contacto directo com a parede duodenal. (fig. 5 — n.º 14 e 16). Como consequência a mucosa vesicular que constitue a neo-papila forma um bordolete saliente, arredondado, nitidamente limitável da mucosa do duodeno



Fig. 8 — Peça experimental: Aberto o estômago e duodeno, em sua face interna nota-se: a) mucosa duodenal; b) nova papila; c) seu orifício excêntricamente situado; d) abaixo e para trás, o ponto onde desemboca naturalmente o colédoco; e) mucosa gástrica; f) fígado; g) pâncreas; h) fundo da vesícula; 12 dias depois da praticada a colecistoduodenostomia túbulo-papilar).

na maior parte de sua extensão, medindo de 8 a 12 mms de diâmetro. (fig. 8). Essa disposição valvular associada ao acolamento das paredes do túbulo, que se processa durante os movimentos peristálticos do duodeno, protege as vias biliares, evitando a ascensão de material duodenal para o orifício da papila (fig. 5 — n.º 16 e fig 8).

Nos animais sacrificados, após a ligadura da 3.^a porção do duodeno, a água injetada em sua luz através o píloro, mesmo sob forte pressão não passava para o interior da vesícula. De outro lado a compressão mesmo leve, das paredes vesiculares, davam passagem de bile para o duodeno.

RESULTADOS OPERATÓRIOS

Para o bom êxito da intervenção é imprescindível que seja praticada sob boa anestesia, com instrumental apropriado observando-se todos os requisitos técnicos, e cuidando-se de um modo especial das suturas que devem ser feitas, com agulhas e fios adequados, afim de se evitar o esgarçamento dos tecidos.

Os ótimos resultados operatórios imediatos e tardios, obtidos após a colecistoduodenostomia túbulo-papilar, nos casos de obstrução do colédoco, em que a vesícula é aproveitável, mostram que este tipo de intervenção afastou definitivamente o refluxo e a estenose cicatricial tardia, complicações graves tão temidas, que levaram as anastomoses bílio-digestivas ao descrédito.

A prova do refluxo da refeição para o interior das vias biliares, é sempre feita nos pacientes depois da intervenção. Durante êsses exames, o radiologista após administrar o contraste, comprime, as vísceras abdominais, por meio de compressores adequados, manobras palpatórias repetidas, examinando e radiografando o doente em posições diversas (ortostática, decúbito e em TRENDLENBURG). Apesar dessas condições forçadas, e que jamais se verificam no organismo humano, durante o período da digestão, essa foi sempre negativa. Para se fazer este exame, convém esperar-se o tempo suficiente para que se processe a cicatrização completa das suturas ao nível do corpo da vesícula, do novo duto e da boca anastomótica (30 a 40 dias).

ESTATÍSTICA PESSOAL

A colecistoduodenostomia túbulo-papilar, foi no período de 1935 a 1953, por nós praticada em 19 casos de obstrução do colédoco, dos quais 13 eram devidos a carcinoma da cabeça do pâncreas; um corria por conta de cistos múltiplos do pâncreas, em 4 era devida à pancreatite crônica; e num à discinésia do esfínter de Oddi.

Na maioria das pacientes que nos procuraram ou que nos foram encaminhados por colegas, de um modo especial os portadores

de lesões malignas avançadas, em estado de miséria orgânica extrema com sério comprometimento da célula hepática, a intervenção foi praticada por insistência dos familiares ou como último recurso, afim de aliviá-los do intenso prurido que os afligia.

Dos 13 com carcinoma da cabeça do pâncreas 5 faleceram no hospital em espaço de tempo variável, o que equivale a uma percentagem de 38,5%. A média de sobrevida dos restantes foi de 11 meses.

A doente de cistos múltiplos do pâncreas viveu ainda 2 anos após a intervenção.

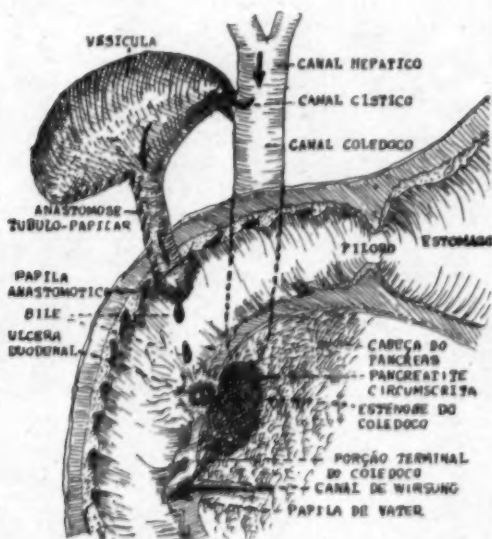


Fig. 9 — Imagem esquemática da colecistoduodenostomia túbulo-papilar, mostrando a disposição da papila nas proximidades do píloro. O desenho mostra uma úlcera da 2.ª porção do duodeno, penetrante na cabeça do pâncreas, com pancreatite circunscrita e estenose completa da porção intra-pancreática do coledoco. A bile escorre sobre a úlcera difundindo-se sobre a mucosa da região supra-esfinteriana até o píloro.

Na pancreatite crônica a morbidade operatória foi nula e a intervenção influiu benêficamente sobre o estado geral dos doentes, e sobre o processo inflamatório da glândula: Num caso de concomitante úlcera duodenal que datava de 8 anos, a colecistoduodenostomia túbulo-papilar proporcionou sua cura clínica e radiológica em espaço de tempo relativamente curto. Dos portadores de pancreatite: o primeiro em 1936 foi para o exterior e dele não tive mais notícias; os operados respectivamente em 1947, 1949 e 1953 nada apresentam de anormal até hoje.

Quanto ao paciente com discinésia do esfinter de Oddi, operado recentemente melhorou e nada apresenta de anormal.

Entre estes casos não foi incluído o da doente em que foi praticada colecistoduodenostomia tubular em 1933 e que ainda vive gozando boa saúde.



Fig. 10 — Radiografia do estômago e duodeno tirada em 17-7-53.

ÚLCERA DO DUODENO PENETRANTE NA CABEÇA DO PÂNCREAS

Em doente com icterícia mecânica curado clínica
e radiologicamente pela colecistoduodenostomia
Túbulo-papilar

Em fins de julho do corrente ano tivemos a oportunidade de intervir num paciente com icterícia obstrutiva mecânica, portador desde 1945 de uma úlcera duodenal crônica, que dias antes em fase de recrudescência, perfurara na cabeça do pâncreas. O ótimo

resultado obtido nesse caso, que não só resolveu a icterícia, mas determinou a cura clínica e radiológica da úlcera em espaço de tempo relativamente curto, justificam sua apresentação perante este Congresso. Trata-se de J.C.R. branco, brasileiro, casado, com 54 anos, natural do R. Grande do Sul. Numa série de radiografias do estômago feitas em 15-5-46 constatou-se um pequeno nicho de úlcera crônica do bulbo duodenal. Em 21 de junho p.p. após ter sido acometido de dor violenta localizada na região umbelical, acompanhada de descargas diarréicas pretas, apresentou-se icterico.

Nova série de radiografias do estômago e duodeno, feitas em 17-7-53 mostraram: bulbo duodenal deformado com recessos ectasiados, formando divertículos paraulcerosos com nicho típico de úlcera crônica na curvatura bulbar. (Fig. 9 e 10).

Intervenção: Na face posterior do duodeno encontramos uma úlcera penetrante na cabeça do pâncreas. O parênquima pancreático, tomado pelo processo inflamatório periulceroso, com o volume de uma noz, estava endurecido e estenosava a luz do colédoco. A colangiografia operatória feita através da vesícula, revelou parada do contraste no colédoco ao nível da cabeça do pâncreas (fig. 11).

Praticamos a colestoduodenostomia túbulo-papilar situando a papila de modo a não exercer trações sobre a sutura da bôca anastomótica, no bordo superior do duodeno, nas proximidades do

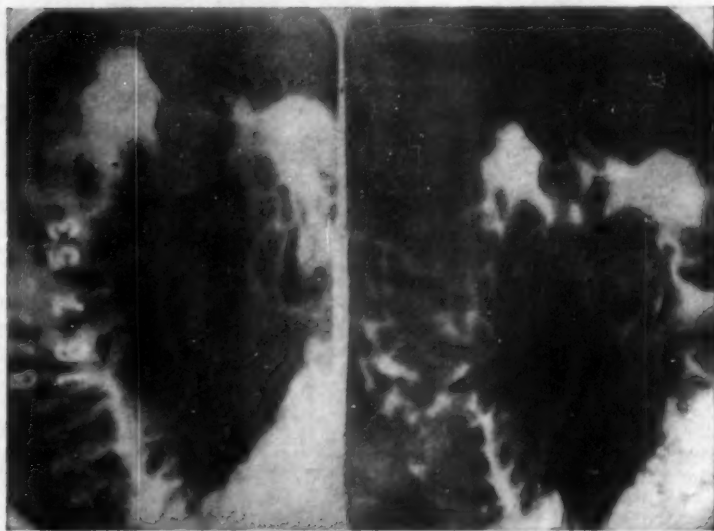


Fig. 11 — Radiografia do duodeno tirada em 17-7-53. As sete setas indicam na pequena curvatura bulbar o NICHU DE ÚLCERA

píloro, num ponto em que a bile passou a escoar-se sobre a úlcera (fig. 9).

No dia seguinte ao da intervenção desapareceram os arrotos, dores, azia e demais perturbações gástricas que apresentava desde 1945.

No 5.^o dia fístula biliar que fechou 4 dias depois.

Alta curado no dia 12 de Agosto 1953.



Fig. 12 — Colangiografia operatória de J. C. R. O contraste enchendo a vesícula, franqueou o canal cístico, passou com facilidade para as vias biliares principais e intra-hepáticas, mas não progrediu além da porção intra-pancreática do colédoco.

A radiografia feita pelo Dr. J. M. Cabelo Campos no dia 11-9-1953, isto é, 41 dias após a intervenção revelou a cicatrização completa da úlcera duodenal e ausência de refluxo do contraste das vias digestivas para as vias biliares. O relatório desse exame reza o seguinte:

Estômago: Estômago normotônico, com região do antro recurvada para trás, de mobilidade, peristaltismo, motilidade e sensibilidade normais. Aspecto normal do relêvo da mucosa gástrica.

Duodeno: Bulbo duodenal repuxado para cima e para traz, de forma e contornos normais. Desaparecimento da imagem em nicho de úlcera encontrada em exame anterior, procedido em 17-7-53. Cura Radiológica da lesão ulcerosa. Arco duodenal enchendo-se normalmente, em tôda a sua extensão. Para fora da parte alta da 2.^a porção do duodeno, se destacam umas sombras calcificadas, conglomeradas, possivelmente de gânglios calcificados.



Fig. 18 — Radiografia do estômago e duodeno tirada em 11-9-53. Regularidade dos contornos do bulbo ao nível da anastomose túbulo-papilar, em que radiologicamente não é possível destacar o ponto exato da anastomose. Desaparecimento da IMAGEM EM NICHOS DA ÚLCERA.

O exame radiológico foi orientado no sentido de se verificar, não somente a evolução do processo ulceroso do bulbo duodenal, como também para verificação das condições da anastomose efetuada entre o bulbo e as vias biliares. Radiologicamente não foi possível destacar o ponto exato dessa anastomose, pela regularidade encontrada nos contornos do bulbo e da 2.^a porção do duodeno e na disposição regular do relêvo da mucosa desses segmentos do

duodeno. O paciente foi examinado na posição erecta, em decúbito dorsal e em Trendelenburg, e na posição oblíquas, com compressores adequados palpatorias repetidas e forçadas, sem que se verificasse o refluxo do contraste ingerido, para as vias biliares. Estes exames procedidos nas várias incidências mencionadas, foram controlados com chapas radiográficas que não revelaram a presença de contraste nas vias biliares (figs. 12 e 13).

A rapidez com que em nosso paciente se verificou a cura clínica confirmada posteriormente pela cura radiológica da úlcera do duodeno penetrante na cabeça do pâncreas, nos leva a crer que as

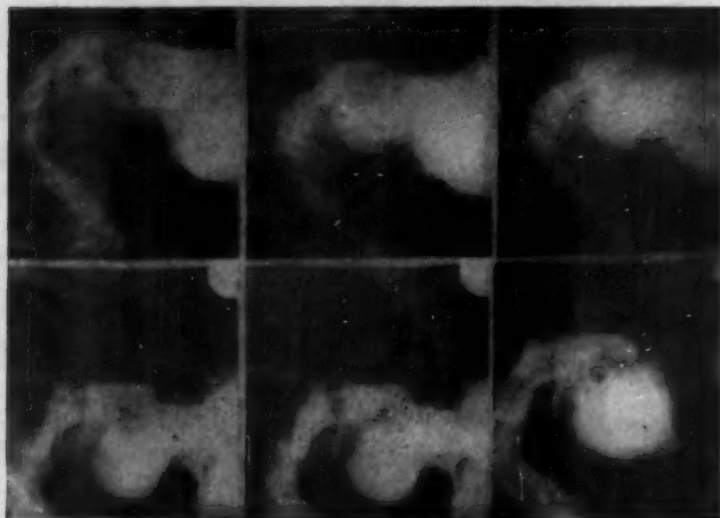


Fig. 14 — Radiografia do duodeno em 11-9-53 apanhando diversas fases de enchimento, enquanto se exerciam manobras palpatorias repetidas e com compressores adequados, visando forçar a passagem do contraste através a boca anastomótica. Ausência de refluxo e da presença de contraste na vesícula e vias biliares. Desaparecimento da

IMAGEM EM NICHU DA ÚLCERA.

úlceras duodenais juxta-pilóricas ou do bulbo encontram terreno propício para a sua formação nos indivíduos em que por fatores diversos a bile que chega ao duodeno através do colédoco, não reflue e não se difunde sobre a mucosa da zona compreendida entre o píloro e a papila de Vater, ou quando reflue, não permanece em contato com a mesma o tempo suficiente para exercer sobre ela, sua benéfica ação fisiológica.

• A bile agiria nesses casos como neutralizante do suco gástrico, fortemente ácido, ou em virtude de processos fisiológicos transforma-

tivos do meio determinados por seus componentes (sais biliares, mucina, ácidos biliares, etc.).

A ação protetora da bile sobre a mucosa duodenal é patente se levarmos em conta o fato de que praticamente não se encontram úlceras na porção baixa do duodeno, situada abaixo da desembocadura do colédoco; mas são freqüentes na zona supra-esfinteriana, especialmente ao nível da porção juxta-pilórica e do bulbo.

O refluxo e difusão da bile até a região pilórica que se processaria normalmente, seriam nos ulcerosos obstados por fatores diversos, entre os quais se destacariam: a) disposição especial das dobras da mucosa duodenal ao nível da região supra-esfinteriana; b) orientação de cima para baixo, tangencialmente às paredes do duodeno, do trajeto da porção terminal do colédoco ao nível da papila de Vater; c) hipercinésia duodenal simples; d) hipercinésia biliar simples ou associada à hipercinésia duodenal, freqüentes nos indivíduos emotivos e extremamente nervosos.

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil



JAVIER MORATA, EDITOR
"EDICIONES MORATA"

FLORIDA, 12 - TELEG. MORATEDI - MADRID

LIVROS DE ATUALIDADE

- La Leucemia — Etiologia. Hematologia clinica, diagnóstico e terapêutica** — F. MAS MAGRO — 1955 — Vol. de 144 págs. (16x22), 10 lams. 60 ptas.
- La Glandula Mamaria — Estudo encocrinológico** — M. SCHACHTER — 1946 — Vol. de 176 págs. (16x23) e 23 figs. 40 ptas.
- Los Síndromes Dolorosos del Abdomen — Estudios clinicos. Diagnóstico diferencial** — F. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ — 1941 — Vol. de 376 págs. (16x23) 30 ptas.
- Accidentes Graves en Patologia Digestiva** — J. GONZÁLES CAMPO — 1943 — Vol. de 144 págs. (16x23) 40 ptas.
- Atlas Radiológico del Aparato Digestivo — Esófago, estomago, duodeno, jejunio, ileon, intestino grosso, vesicula, bazo, pancreas** — KULMANN e RATING — 1955 — Vol. de 352 págs. (18x27) e 198 figs. 400 ptas.
- El Laboratorio en la Pratica Medica — Métodos e interpretação clinica** — H. MARX — 1942 — Vol. de 152 págs. (16x23), 16 figs. e 10 lams. 40 ptas.
- Los Tumores Funcionantes del Ovario** — J. M. BEDOYA — 1946. — Vol. de 128 págs. (16x23) e 36 figs. 40 ptas.
- Manual de Obstetricia y Ginecologia** — Overstreet, 1954. — Vol. de 528 págs. (10x18) e 56 figs. 200 ptas.



Pedidos directamente para

XAVIER MORATA, EDITOR

Florida 12 — Madrid — Espanha

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

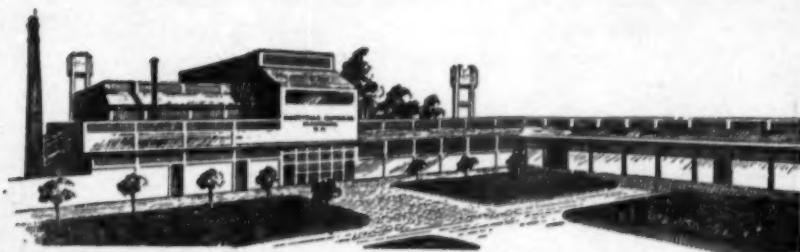
Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

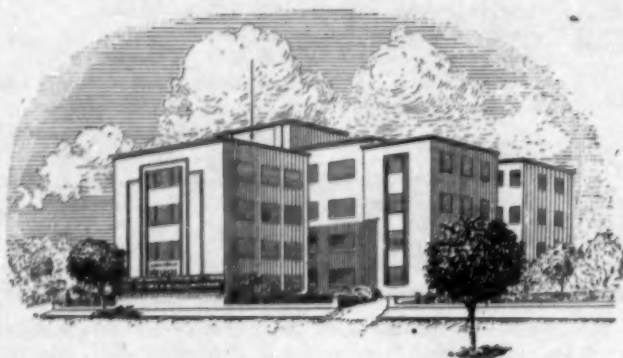
MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Teleférico : "PICOT"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Teleférico : "BAXTER"

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114 — TELEFONE: 37-2515
SÃO PAULO — BRASIL



*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas*

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655
SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetria e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



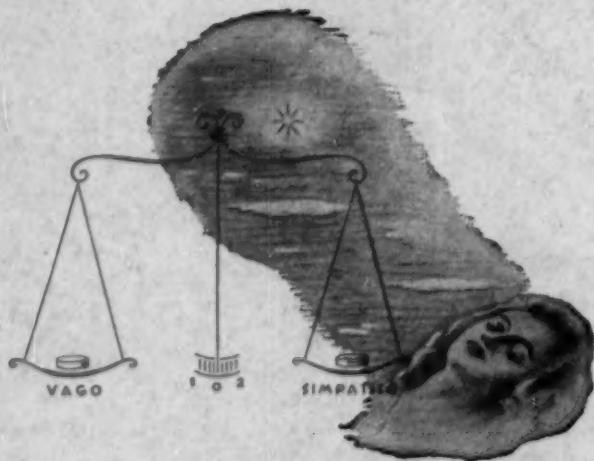
Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.